



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
PROGRAMI DOKTORATURË

DISERTACION

KUJDESI DHE MENAXHIMI INFERMIEROR (PËR LËKURËN) NË
PACIENTËT ME HIV

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“DOKTOR”

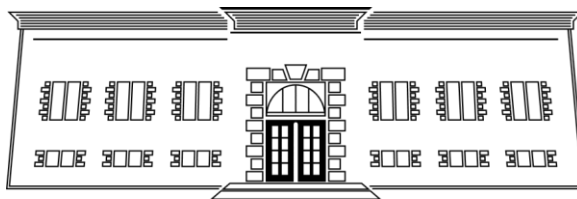
KANDIDATI:

Glodiana SINANAJ

UDHËHEQËSI SHKENCOR

Prof. Asoc. Arjan HARXHI

TIRANË, 2016



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
PROGRAMI DOKTORATURË

DISERTACION

I PARAQITUR NGA:

KANDIDATI: Glodiana SINANAJ
UDHËHEQUR NGA: Prof. Asoc. Arjan HARXHI

PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE

“D O K T O R”

SPECIALITETI: SHKENCA INFERMIERORE

TEMA: KUJDESI DHE MENAXHIMI INFERMIEROR (PËR LËKURËN) NË
PACIENTËT ME HIV

MBROHET MË DATË:/..... / 2016 PARA JURISË:

1. KRYETAR
2. ANËTAR (OPONENT)
3. ANËTAR (OPONENT)
- 4.... ANËTAR
5. ANËTAR

© Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit

Ndalohet botimi i plotë ose i pjesshëm, kopjimi, futja në internet apo transmetimi në forma të tjera elektronike dhe/ose çdo formë tjetër qarkullimi tregtar i këtij botimi, pa lejen përkatëse me shkrim të autorit.

Abstrakt

Hyrje: HIV/AIDS është një çështje me rëndësi të madhe në nivel lokal, kombëtar dhe botëror për shkak se ajo është një sëmundje që ka prekur botën dhe çdo ditë rrit normat e sëmundshmërisë-vdekshmërinë në të gjithë shoqërinë.

Qëllimi: Të jepej një vlerësim lidhur me kujdesin infermieror në funksion të promovimit të një kuptimi më të mirë të kujdesjeve infermiere.

Materiali dhe metodat: Studimi i tipit cross-seksional u shtri në 77 infermierë nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë dhe Spitali Rajonal i Vlorës, si dhe në 55 pacientë të diagnostikuar me HIV, gjatë periudhës 2013-2015. Në të dyja këto institucione të shërbimit shëndetësor u intervistuan infermierët dhe pacientët në shërbimet e Infektivit dhe të Pediatrisë.

Rezultatet: Në total u përfshinë 77 infermierë prej të cilëve 65 (84.4%) ishin femra dhe 12 (15,6%) ishin meshkuj; dhe 55 pacientë, mosha mesatare e të cilëve ishte 33,3 +/-7,98 vjeç me rang 20- 55 vjeç, prej të cilëve 24 (43,6%) të pacientëve ishin femra, ndërkohë që 31 (56,4%) e tyre ishin meshkuj. Fluksi i punës së infermierëve nuk rezultoi të ndikonte në efektivitetin e shërbimit të ofruar nga infermierët ($\chi^2=3.88$, $p=0.02$). Lidhur me dimensionet e ofrimit të kujdesit shëndetësor nga infermierët, vetëm stigma dhe diskriminimi rezultoi të ishte akoma një faktor ndikues në praktikën e tyre profesionale.

Përfundime: Është i nevojshëm edukimi i vazhdueshëm i infermierëve mbi HIV/AIDS në planin e trajtimit të sëmundjes jo vetëm në planin biologjik por edhe në atë shpirtëror, social-familjar, psikologjik dhe në kuadër të reduktimit të stigmës, diskriminimit etj.

***Fjalë kyçe:** HIV/AIDS, personel infermieror, dimensione, edukim.*

DEKLARATË

Deklaroj se tema “*Kujdesi dhe menaxhimi infermieror (për lëkurën) në pacientët me HIV*” është puna ime personale dhe është pjesë e punës për të marrë gradën ”Doktor” në Shkenca Infermiore në Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Mjekësisë Tiranë. Të gjitha të ardhurat e përdorura për realizimin e kësaj teze janë kontributi im personal dhe ky punim është puna ime origjinale.

FIRMA:

DATË: ___/___/2016

Glodiana Sinanaj

FALENDERIME

Dëshiroj të falenderoj të gjithë ata që më mbështetën dhe që kontribuan për realizmin e këtij punimi.

Falenderoj:

- *Udhëheqësin shkencorë të këtij punimi Prof. Asoc. Arjan HARXHI për këshillat dhe ndihmën e ofruar për realizmin e këtij punimi.*
- *Të gjithë personelin infermieror të Qendrës Ambulatore pranë Shërbimit të Sëmundjeve Infektive në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë, personelin infermieror pranë shërbimit infektiv dhe pediatri në Spitalin Rajonal Vlorë, si dhe të gjithë personat që jetojnë me HIV/AIDS, që pranuan të ndajnë me mua eksperiencat, përjetimet dhe përvojat e tyre.*
- *Të gjithë kolegët dhe miqtë e mi për frymëzimin dhe inkurajimin në rrugëtimin e gjatë dhe të rëndësishëm të këtij punimi.*
- *Familjen time për kujdesin dhe mbështetjen për të realizuar me sukses këtë proces kërkimi.*

Faleminderit të gjithëve!

DEDIKIM

Këtë studim ia dedikoj të gjithë infermierëve të Shërbimit të Sëmundjeve Infektive, Shërbimit të Pediatrikë në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë si dhe në Spitalin Rajonal Vlorë, që me përkushtimin dhe humanizmin e tyre arrijnë ta realizojnë punën e tyre me korrektësi, pavarësisht nga situatat stresuese që krijohen në vendin e punës.

Përmbajtja

Abstrakt	iv
Deklaratë	v
Falenderime	vi
Dedikim	vii
Përmbajtja	viii
Shkurtime	x
Lista e tabelave	xi
Lista e grafikëve	xii
Përmbledhja	1
Parathënie	2
PJESA E PARË-PREZANTIMI TEORIK	3
KAPITULLI I: Përkufizimi i problemit	4
1.1 Qasja dhe përkufizimi i problemit	4
1.2 Formulimi i problemit	5
1.3 Përcaktimi i objektivave	5
1.3.1 Objektivi i përgjithshëm	5
1.3.2 Objektivat specifikë	5
1.4 Justifikimi i studimit	5
1.5 Kufizimet e studimit	6
KAPITULLI II: Korniza teorike	7
2.1 Kuadri historik referencë	7
2.2 Hiv Aids në Shqipëri	7
2.3 Studime të lidhura me temën	9
2.3.1 Sfondi ndërkombëtar	9
2.4 Struktura teorike dhe shkencore që mbështet studimin	10
2.4.1 Virusi i Imunodefincës Humane	10
2.4.2 Sindromi i Imunodefincës së Fituar	10
2.4.3 Epidemiologjia e Hiv/Aids	11
2.4.4 Teoria Hierarkike e Nevojave të A.Maslow	11
2.4.5 Të dhëna mbi statistika të epidemiologjisë së HIV/AIDS-it nga Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë	12
2.4.6 Kujdesi infermieror	17
2.4.7 Kujdesi integral infermieror	18
2.4.8 Kujdesi i infermierëve ndaj pacientit me HIV/AIDS	19
2.4.8.1 Njohuritë	19
2.4.8.2 Qëndrimet	20
2.4.9 Kujdesi në dimensionin biologjik	20
2.4.10 Kujdesi në dimensionin psikologjik	20
2.4.11 Kujdesi në dimensionin shpirtëror	22
2.4.12 Kujdesi social në dimensionin familjar	23
2.4.13 Teoria e Dorotea Orem	24

2.4.14	Të drejtat e njerëzve me HIV	25
2.5	Përkufizimi i termave themelore (operative)	26
	PJESA E DYTË. PREZANTIMI I STUDIMIT	28
	KAPITULLI III: Trajtimi, objektivat dhe rëndësia e problemit	29
3.1	Rreziqet kryesore për përhapjen e HIV/AIDS	29
3.2	Trajtimi i problemit	29
3.2.1	Përcaktimi i kufijve të problemit	33
3.3	Prezantimi i objektit të studimit	33
3.3.1	Përcaktimi i kërkimit/studimit	33
3.3.2	Rëndësia e kërkimit/studimit	33
3.4	Qëllimi dhe Objektivat	33
3.4.1	Qëllimi	33
3.4.2	Objektivi i përgjithshëm	34
3.4.3	Objektivat specifike	34
	KAPITULLI IV: Metodologjia	35
4.1	Tipi i studimit	35
4.2	Përshkrimi i zonës së studimit	35
4.3	Popullata dhe mostra	35
4.3.1	Karakteristikat e përgjithshme të popullatës	35
4.3.2	Kufijtë dhe madhësia e popullatës	35
4.3.3	Madhësia e mostrës	35
4.4	Variablat në studim	35
4.4.1	Variablat kategorikë	35
4.4.2	Variablat e vazhduar	36
4.5	Metodat	36
4.5.1	Burimet e studimit	36
4.6	Procesi i mbledhjes së të dhënave	37
4.7	Testet statistikore të përdorura	37
4.8	Procesi i tabelimit, analiza e të dhënave dhe rezultatet	37
	KAPITULLI V, Analiza e Rezultateve	38
	KAPITULLI VI, Përfundime, Rekomandime, Diskutime	93
6.1	Përfundime	93
6.2	Rekomandime	94
6.3	Diskutime	94
	REFERENCAT	98
	ANEKSE	105
8.1	Aneksi 1, Leja Etike e punëdhënësit të QSUT	105
8.2	Aneksi 2, Leja Etike e punëdhënësit të SRV	105
8.3	Pyetësi për infermierët	106
8.4	Pyetësi për pacientët	114

SHKURTIME

AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARV	Antiretroviral
BIO- BSS	Behavioral and Biological Surveillance Study
CD4	Limfocitet T
HIV	Human Immunodeficiency Virus
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS
ISHP	Instituti i Shëndetit Publik
MSM	Men who have Sex with Men (Meshkuj të cilët kryejnë marrdhënie seksuale me meshkuj)
MSH	Ministria e Shëndetsisë
OBSH	Organizata Botërore e Shëndetësisë
OKB	Organizata e Kombeve të Bashkuara
QSUT	Qendra Spitalore Universitare Nënë Tereza
SRV	Spitali Rajonal i Vlorës
UNDP	United Nations Development Programme
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
VCT	Qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar

LISTA E TABELAVE

Tabela I.	Shpërndarja e rasteve me HIV/AIDS sipas gjinisë në vite,1993-2015	14
Tabela 5.1	Shpërndarja e infermierëve sipas grupmoshës	38
Tabela 5.2	Shpërndarja e infermierëve sipas gjinisë	39
Tabela 5.3	Shpërndarja e infermierëve sipas nivelit arsimor	40
Tabela 5.4	Shpërndarja e infermierëve në SRV dhe QSUT sipas nivelit arsimor	41
Tabela 5.5	Shpërndarja e infermierëve sipas viteve të eksperiencës së punës	42
Tabela 5.6	Shpërndarja e infermierëve sipas Institucionit ku ata punojnë	43
Tabela 5.7	Tabelë përmbledhëse mbi karakteristikat demografike të pacientëve	44
Tabela 5.8	Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë	45
Tabela 5.9	Përmbledhje e statistikave lidhur me moshën e pacientëve	46
Tabela 5.10	Krahasimi i moshës së pacientëve sipas gjinisë	47
Tabela 5.11	Shpërndarja e pacientëve sipas vendlindjes	48
Tabela 5.12	Shpërndarja e pacientëve sipas nivelit arsimor	49
Tabela 5.13	Shpërndarja e rasteve sipas gjendjes civile	50
Tabela 5.14	Shpërndarja e rasteve sipas profesionit	51
Tabela 5.15	Shpërndarja e pacientëve sipas kohës së hospitalizimit me HIV	52
Tabela 5.16	Shpërndarja e pacientëve sipas kohës së diagnostikimit me HIV	53
Tabela 5.17	Shpërndarja e infermierëve sipas kohës kushtuar pacientit	54
Tabela 5.18	Shpërndarja e infermierëve sipas numrit të pacientëve kujdesur për turn	55
Tabela 5.19	Shpërndarja e infermierëve sipas pushimit që bëjnë gjatë orarit të punës	56
Tabela 5.20	Shpërndarja e infermierëve sipas kohëzgjatjes së turneve në varësi të institucionit ku punojnë	57
Tabela 5.21	Shpërndarja e infermierëve sipas turneve të punës	58
Tabela 5.22	Numri i institucioneve ku punojnë infermierët	59
Tabela 5.23	Shpërndarja e infermierëve sipas kujdesit për pacientët HIV	60
Tabela 5.24	Pacientët me HIV kundrejt pacientëve të tjerë	61
Tabela 5.25	Lidhja mes numrit të pacientëve të kujdesur për turn dhe interesin e treguar nga infermieri karshi pacientit	62
Tabela 5.27	Vlerësimi i njohurive të infermierëve lidhur me HIV- AIDS	73
Tabela 5.28	Lidhja midis mangësive në njohuritë e infermierëve lidhur me hiv dhe eksperiencës së tyre në punë	76
Tabela 5.29	Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit biologjik	78
Tabela 5.30	Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit psikologjik	81
Tabela 5.31	Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit shpirtëror	83
Tabela 5.32	Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit social-familjar	85
Tabela 5.33	Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit të lidhur me stigmëm, diskriminimin.	87
Tabela 5.34	Vlerësimi i kujdesit infermieror nga ana e dimensionit biologjik në bazë të karakteristikave demografike të pacientëve	89
Tabela 5.35	Vlerësimi i kujdesit infermieror nga ana e dimensionit psikologjik në bazë të karakteristikave demografike të pacientëve	91

LISTA E GRAFIKËVE

Grafiku I	Shpërndarja e rasteve me HIV në vite	13
Grafiku II	Shpërndarja e rasteve HIV dhe AIDS në vite, Nëntor 2015	14
Grafiku III	Shpërndarja e rasteve me HIV sipas gjinisë në vite, 1993 - Nëntor 2015	15
Grafiku 5.1.	Shpërndarja e infermierëve sipas grupmoshës	38
Grafiku 5.2	Shpërndarja e infermierëve sipas gjinisë	39
Grafiku 5.3	Shpërndarja e infermierëve sipas nivelit arsimor	40
Grafiku 5.4	Shpërndarja e infermierëve në SRV dhe QSUT sipas nivelit arsimor	41
Grafiku 5.5	Shpërndarja e infermierëve sipas viteve të eksperiencës së punës	42
Grafiku 5.6	Shpërndarja e infermierëve sipas institucionit ku ata punojnë	43
Grafiku 5.8	Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë	45
Grafiku 5.9	Histogrami i moshës së pacientëve të përfshirë në studimin tonë	46
Grafiku 5.10	Krahasimi i moshës së pacientëve sipas gjinisë	47
Grafiku 5.11	Shpërndarja e pacientëve sipas vendlindjes	48
Grafiku 5.12	Shpërndarja e pacientëve sipas nivelit arsimor	49
Grafiku 5.13	Shpërndarja e pacientëve sipas gjendjes civile	50
Grafiku 5.14	Shpërndarja e rasteve sipas profesionit	51
Grafiku 5.15	Shpërndarja e pacientëve sipas kohës së hospitalizimit me HIV	52
Grafiku 5.16	Shpërndarja e pacientëve sipas kohës së diagnostikimit me HIV	53
Grafiku 5.17	Shpërndarja e infermierëve sipas kohës kushtuar pacientit	54
Grafiku 5.18	Shpërndarja e infermierëve sipas numrit të pacientëve kujdesur për turn	55
Grafiku 5.19	Shpërndarja e infermierëve sipas pushimit që bëjnë gjatë orarit tëpunës	56
Grafiku 5.20	Shpërndarja e infermierëve sipas kohëzgjatjes së turneve në varësi të ...	57
Grafiku 5.21	Shpërndarja e infermierëve sipas turneve të punës	58
Grafiku 5.22	Numri i institucioneve ku punojnë infermierët	59
Grafiku 5.23	Shpërndarja e infermierëve sipas kujdesit për pacientët HIV	60
Grafiku 5.24	Shpërndarja e % që zënë pacientët me HIV kundrejt pacientëve të tjerë	61
Grafiku 5.25	Lidhja mes numrit të pacientëve të kujdesur për turn dhe interesin e treguar nga infermieri karshi pacientit	62
Grafiku 5.26.1. a	Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV	63
Grafiku 5.26.2. a	Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV	64
Grafiku 5.26.1,b	Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV	65
Grafiku 5.26.2.b	Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV	66

Grafiku 5.26.1. c	Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV	67
Grafiku 5.26.2. c	Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV	69
Grafiku 5.26.1.d	Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV	70
Grafiku 5.26.2.d	Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV	71
Grafiku 5.27	Vlerësimi i njohurive të infermierëve lidhur me HIV- AIDS	73
Grafiku 5.29	Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit biologjik	78
Grafiku 5.30	Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit psikologjik	81
Grafiku 5.31	Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit shpirtëror	83
Grafiku 5.32	Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit social – familjar	85

PËRMBLEDHJA

Ky studim është ndarë në dy pjesë:

1. Pjesa e parë: Prezantimi Teorik
2. Pjesa e dytë: Prezantimi i Studimit

Pjesa e parë: Prezantimi teorik është ndarë në 2 kapituj:

Kapitulli I: Përmban problemin dhe përkufizimin e problemit, duke përfshirë përshkrimin e çështjeve të ngritura, objektivat e studimit dhe arsyetimin e tij.

Kapitulli II: Korniza teorike: sfondi i studimit, bazat teorike që mbështesin kërkime, themelet konceptuale që përshkruan se si infermieret duhet të ndihmojnë pacientët me AIDS dhe përshkrimin e dimensioneve, janë zhvilluar përcaktimi i termave themelore dhe operacionalizimi i variablave të përfshirë.

Pjesa e dytë: Prezantimi i studimit është ndarë në 4 kapituj.

Kapitulli III: Trajtimi, objektivat dhe rëndësia e problemit, rreziqet kryesore për përhapjen e HIV/AIDS, përcaktimi i kërkimit/studimit, prezantimi i objektit të studimit, rëndësia e kërkimit/studimit dhe objektivat.

Kapitulli IV: Metodologjia: Ky kapitull ka të bëjë me metodologjinë e aplikuar për hapat e ndërmarrë në hartimin dhe llojin e studimit, në zonën e studimit në qytet dhe të tregojnë të përdorin teknikat dhe instrumentet e përdorura për mbledhjen e të dhënave dhe analizat e të dhënave dhe të përfshijë aspektet etike.

Kapitulli V: përshkruan analizën e rezultateve dhe përfaqësimin e tyre nëpërmjet tabelave dhe grafikëve.

Kapitulli VI: përfundimet, rekomandimet dhe diskutimet e paraqitura.

Në fund të studimit, referenca e shoqëruar me Anekset (lejet etike), dhe pyetësorët (të plotësuar nga personeli infermieror i shërbimeve përkatëse).

PARATHËNIE

HIV/AIDS është një çështje me rëndësi të madhe në nivel lokal, kombëtar dhe botëror për shkak se ajo është një sëmundje që ka prekur botën dhe çdo ditë rrit normat e sëmundshmërisë - vdekshmërinë në të gjithë shoqërinë. Pa dyshim, HIV/AIDS është një epidemi globale, dhe është përcaktuar nga UNDP (2005) si sëmundja “që ka shkaktuar ndryshimin e vetëm më të madh në zhvillimin njerëzor në historinë moderne”. Raporti i UNAIDS i Ditës Ndërkombëtare të HIV/AIDS i vitit 2010 mbi epideminë globale të AIDS llogariste se në fund të vitit 2010 numëroheshin 34 milionë persona që jetojnë me HIV, ku pjesën më të madhe 22,5 milionë e ka Afrika Nën-Sahariane.

Kjo tregon akoma për një numër të madh të infeksioneve të reja dhe një shtrirje të rëndësishme të aksesit në terapinë me antiretroviralë, që ka ndihmuar uljen e numrit të vdekjeve që lidhen me AIDS, veçanërisht në këto vitet e fundit. Në vitin 2010 raportohet se numri i personave që vdesin për shkak të AIDS ka zbritur në 1,8 milionë, krahasuar me 2,2 milionë persona që kanë vdekur në vitin 2000. Raporti i grave që jetojnë me HIV/AIDS ka mbetur stabil, 50% e të infektuarve janë gra, numri më i madh i grave të infektuara është në Afrikën Nën-Sahariane (59% e të gjithë njerëzve që jetojnë me HIV) dhe Karaibe (53%). Në ditët e sotme të paktën 6,6 milionë njerëz marrin trajtimin mjekësor për HIV në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme (UNAIDS, 2011).

Epidemia e HIV/AIDS përbën sot një krizë globale dhe është pjesë e njerës prej sfidave më të vështira për zhvillimin dhe progresin social. Përgjatë gjithë viteve të luftës kundër AIDS, ka qenë e qartë se, të drejtat e njeriut janë thelbësore për një përgjigje efektive ndaj HIV. Në vendet ku nuk mbrohen të drejtat e njeriut, njerëzit vuajnë më shumë stigmën dhe diskriminimin, sëmuren dhe janë të paafte që të mbështesin veten dhe familjet e tyre, dhe nëse nuk marrin trajtim ata edhe mund të vdesin.

Njerëzit me HIV/AIDS janë pacientë që varen nga kujdesi i personelit infermieror, për këtë arsye infermierët duhet të jenë të trajnuar dhe duhet të kenë aftësitë e nevojshme për të siguruar kujdes cilësor me ngrohtësi. Duke ofruar kujdes në mënyrë holistike është e rëndësishme të theksohet se pacienti, si çdo qenie njerëzore është një qenie me dimensione të shumta: biologjike, psikologjike, shpirtërore dhe shoqërore - familjare, ndërsa bashkëvepron në një mjedis në të cilin duhet të ndjehet i sigurt i integruar me personelin e specializuar infermieror. Në këtë mënyrë, për të përcaktuar kujdesin e përgjithshëm infermieror sipas pacientëve të hospitalizuar me HIV/AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive në QSUT, është punuar për të siguruar mbështetje për pacientët në pjesën emocionale, familjare dhe shpirtërore, pra kujdes të plotë në garantimin e shëndetit të tyre.

PJESA E PARË: PREZANTIMI TEORIK

KAPITULLI I HYRJJE

PËRKUFIZIMI I PROBLEMIT

1.1 Qasja dhe përkufizimi i problemit

Human Immunodeficiency Syndrome (AIDS) është një sëmundje që është duke treguar një alarm në mbarë botën si një nga sëmundjet më të rrezikshme për jetën, është një problem që kapërcen të gjitha shoqëritë. Ka shkaktuar infektimin e shumë njerëzve, nga të porsalindurit, individë të rritur dhe sot është një nga problemet më të mëdha sociale, për shkak të formave të ndryshme të paraqitjes së infektimit.¹

Sipas Kombeve të Bashkuara (UNAIDS) dhe Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) me rastin e Ditës Botërore të AIDS-it, në dhjetor të 2001, u deklarua se AIDS është sëmundja më shkatërruese që njerëzimi është përballur ndonjëherë. Që kur filloi epidemia, më shumë se 60 milionë njerëz janë të infektuar me HIV dhe AIDS në të gjithë botën, 25 milion njerëz kanë vdekur nga virusi dhe është i katërti shkak kryesor i vdekshmërisë. Rreth një e treta e njerëzve aktualisht që jetojnë me HIV/AIDS janë midis 15 dhe 24 vjeç.²

Një raport tjetër nga UNAIDS në Ditën Botërore të AIDS-it, theksoi se më shumë njerëz se kurrë jetojnë me virusin HIV, kryesisht për shkak të rritjes së qasjes në trajtim. Në fund të vitit 2010 për rreth 34 milionë njerëz jetojnë me HIV në të gjithë botën, 17% më shumë se në vitin 2001. Kjo reflekton numrin e vazhdueshëm të madh të infeksioneve të reja me HIV dhe një zgjerim të rëndësishëm të qasjes në terapinë antiretrovirale, ka ndihmuar të zvogëlojë vdekjet e lidhura me - AIDS, sidomos në vitet e fundit.³ Personi me HIV / AIDS preket nga ana biologjike, psikologjike, sociale dhe shpirtërore kur përballlet me një sëmundje të pashërueshme dhe ka tendencën për tu stigmatizuar nga popullata e përgjithshme. Njerëzit e infektuar janë të zhytur plotësisht në emocione të tilla si ankthi dhe ndjenja e fajit; përballen me humbjen e sigurisë ekonomike, funksionin seksual, vetë-respektin, intimitetin, kanë frikë, zemërim, armiçësi, stres, marrëdhënie ndërpersonale të dëmtuara për të sjellë në lojë besimet dhe vlerat e tyre.

Për pjesëmarrjen efektive të kujdesit profesional infermieror në pacientët me HIV/AIDS, është e nënkuptuar ndihma në plotësimin e nevojave emocionale dhe shpirtërore, e cila duhet të sigurojë kërkesat thelbësore për të ruajtur ekuilibrin emocional dhe shpirtëror aq të mërzitur në një person me HIV. Sipas De Sousa et al, profesionistët shëndetësorë që punojnë me personat me HIV në gjendjen e mjedisit spitalor kanë shumë pengesa në procesin e kujdesit.⁵

Gjatë kohës së shtrimit në spital, pacienti me HIV/AIDS rrallë mund të marrë kujdes të plotë sipas nevojave të tij, në mënyrë që vërehet në institucione të ndryshme shëndetësore gjatë qasjes së qëndrimit në spital nga infermieret ndihma është minimale, ose nga frika e infektimit, ose për ndonjë arsye tjetër që lidhet me sëmundjen, e cila çon për të treguar një qëndrim të indiferencës, diskriminimit, marginalizimit ndaj pacientit i cili përjeton ndjenjat e izolimit dhe vetmisë.

Kujdesi infermieror që ofrohet është i shpejtë, pa kontakt të mëtejshëm me pacientin dhe në raste të tjera pritja është e gjatë për trajtim. Në vijim të pyetjeve që pacienti ka, vihet re se përgjigjet nga infermieret janë shumë të mprehta dhe shpesh pa përgjigje. Këto fakte janë të dukshme me anë të dëshmimeve të mbledhura nga pacientët e sëmundjeve infektive dhe dhomat e tjera të spitalit QSUT, gjatë praktikave profesionale të kryera gjatë trajtimit, e cila e rrit vështirësinë nga pacienti për të pranuar sëmundjen e tij, duke u bërë një pengesë për të nxitur shërimin dhe stabilitetin

e pacientit, e cila është evidentuar nga ndjenja e pafuqisë dhe frustrimit pasqyruar disa herë si sjellje agresive dhe rebele. Për shembull pacientët me HIV/AIDS perceptojnë: "Ndjem i pafuqishëm kur kam keqtrajtime", "Unë jam një person si të gjithë", "infirmierja nuk është njerëzore, nuk mund të merrem", "Ju nuk mund të pyesni për shkak se ata nuk ju japin juve përgjigje".

Ky qëndrim i infirmierit ndaj pacientit me HIV, duhet të ndryshojë për një kulturë të pranueshmërisë dhe përgjegjësisë profesionale, kryerjen e një kujdes të plotë në të gjitha dimensionet e tij.

1.2 Formulimi i Problemit

Për shkak të problemit të paraqitur më sipër është formuluar pyetja e mëposhtme kërkimore:

Si të ofrohet kujdesi nga infirmierët te pacientët me HIV/AIDS në Shërbimin Infektiv te Qendra Spitalore Universitare Nënë Tereza, Tiranë 2015?

1.3 Përcaktimi i objektivave

1.3.1 Objektiv i përgjithshëm:

- Vlerësimi i kujdesit infirmieror te pacientët me HIV/AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive QSUT gjatë vitit 2013-2015.

1.3.2 Objektivat specifike:

- Evidentimi i kujdesit infirmieror sipas dimensionit biologjik në pacientët me HIV/AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive në QSUT.
- Evidentimi i kujdesit infirmieror në përputhje me dimensionin psikologjik në pacientët me HIV/AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive në QSUT.
- Evidentimi i kujdesit infirmieror në bazë të dimensionit shpirtëror në pacientët me HIV/AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive në QSUT.
- Evidentimi i kujdesit infirmieror në bazë të dimensionit social të familjes në pacientët me HIV/AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive në QSUT.

1.4 Justifikimi i studimit

Infeksioni Virusi i HIV/AIDS, siç tregohet në aspektin e zhvillimit ekonomik dhe social, për shkak të grupmoshës ndikon kryesisht dhe privon shoqërinë e njerëzve që janë në kohën e tyre më të mirë fizike dhe mendore për të kryer aftësitë e tyre. Për këtë arsye ai përfaqëson një kërcënim të madh për zhvillimin dhe rritjen produktive kudo i një grupi të konsiderueshëm të të rriturve të infektuar nga kjo sëmundje. Nga ana tjetër, ndikimi social që shkakton problemi nga diskriminimi në mjedisin e punës, shkollës dhe familjes të HIV/AIDS, çon në një çrregullim emocional në personin që vuan dhe manifestohet nëpërmjet ndjenjës së fajit, frikës irracionale, injorancës, agresivitetit dhe depresionit. Kujdesjet për pacientin me HIV/AIDS janë pjesë e punës së përditshme të profesionistëve infirmiere në këtë drejtim, kontributet e njohurive të reja dhe udhëzimet janë të nevojshme për arritjen e akteve që kërkojnë kujdesje profesionale infirmierore një vetëdije të përhershme të qëllimit dhe drejtimit të përgjegjësisë për zbatimin e tyre. Ai është i përshtatshëm për të kryer studimin e gjendjes së pacientëve me HIV/AIDS, sepse trajton plotësimin e nevojave në dimensionin e njohur biologjik, psikologjik, shpirtëror dhe social të personave të cilët e kanë këtë sëmundje dhe kujdesjet infirmierore nxjerrin në pah rolin profesional në kujdesin e tyre dhe të familjeve të tyre. Mbështetja shpirtërore është konsideruar

gjithashtu thelbësore, i lejon ata të ndihen të njohur, të kujdesur dhe të respektuar në personalitetin e tyre. Studimi i kryer është i rëndësishëm për QSUT, për shkak se të dhënat e marra do të përdoren për të përmirësuar cilësinë e kujdesit të plotë infermieror në pacientët me HIV/AIDS, duke shërbyer rezultatet e studimit për të promovuar një kuptim më të mirë të kujdesjeve infermiere si vlerë e pacientëve me HIV/AIDS, dhe në këtë mënyrë udhëzon kujdesje infermiere që përfshijnë aspekte personale, emocionale dhe shpirtërore, duke i dhënë një qasje më gjithëpërfshirëse dhe holistike kujdesit infermieror dhe perceptimit të pacientit dhe për të përmirësuar procedurat e kryera me të, sipas një rivedrimi të politikave dhe protokolleve të kujdesit për pacientët me HIV/AIDS.

Po ashtu, rezultatet do të përdoren për të zgjeruar dhe forcuar aftësinë për të përballuar realitetin dhe për të gjetur zgjidhje praktike për mirëqenien e pacientit.

Së fundi, pritet që studentët dhe infermierët ta konsiderojnë këtë studim si një kontribut për të udhëzuar dhe të gjejnë udhëzime në trajtimin e pacientëve që vuajnë nga kjo sëmundje.

1.5 Kufizimet e studimit

- Koha e tepërt për dhënien e autorizimit për zhvillimin e studimit në spital, për shkak të procedurës administrative.
- Frika nga qëndrimi negativ dhe pjesëmarrjen në studime kërkimore nga pacientët me HIV.

KAPITULLI II

KORNIZA TEORIKE

2.1 Kuadri Historik Referencë

Pasqyrë mbi HIV/AIDS

Në vitin 1981, janë gjetur referenca në lidhje me historinë e sëmundjes së HIV/AIDS, ku në Shtetet e Bashkuara të Amerikës u zbuluan rastet e para të AIDS-it, të cilat zyrtarisht u deklaruan më 5 qershor të atij viti. U diagnostikuan kur Qendra për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve, mbajti një konferencë për shtyp ku u përshkruan 5 raste të Pneumocystis pneumonia carinii në Los Angeles dhe u gjetën disa raste të Sarkomë Kaposi-së një lloj i kancerit të lëkurës. 14 rastet e para u regjistruan nga OBSH në vitin 1983 kjo shifër është rritur në rreth 4,935 në vitin 1988 për 75.316 dhe aktualisht llogaritet rreth 34 milion njerëz që jetojnë me HIV. Në ato vite u zhvilluan teori të ndryshme në lidhje me shkaqet e mundshme të AIDS-it, si një sëmundje epidemiologjike.⁶ Në fillim komuniteti homoseksual ka qenë përgjegjës për paraqitjen dhe përhapjen e mëvonshme të SIDA-s në perëndim. Grupe të caktuara fetare erdhën për të thënë se AIDS ishte dënimi i Zotit të homoseksualëve. Të tjerë theksuan se stili i jetës i çrregullt i homoseksualëve ishte përgjegjës për sëmundjen.⁷ Në vitin 2001, Organizata e Kombeve të Bashkuara (OKB), mbajti një sesion të veçantë mbi angazhimin e shteteve anëtare për të trajtuar krizën e riafirmuar të HIV/AIDS dhe kanë rënë dakord që 1 dhjetori i vitit 1996 të shpallet Dita Botërore e AIDS-it.⁸

Nga Konferenca e katërt Ndërkombëtare për AIDS "Të jetosh, pse?" organizuar nga Këshilli Papnor për ndihmë baritore të punonjësve të shëndetësisë, të mbajtur në Sallën e Sinodit në Vatikan më 13, 14 dhe 15 nëntor 1989, u theksua sfida e kishës kundër sëmundjes së AIDS-it, për të ndihmuar në parandalimin e sëmundjes dhe nëpërmjet informacionit në kohë të edukonin mbi AIDS.⁹

2.2 HIV/AIDS në Shqipëri

Rasti i parë i personit të infektuar me HIV në Shqipëri u diagnostikua në maj 1993 nëpërmjet një kontrolli rutinë të gjakut.¹⁰ Shqipëria ende pretendon nivelin më të ulët të prevalencës së HIV/AIDS, megjithëse kjo është rritur në vitet e fundit. Gjithësesi tendenca e infektimit me HIV po rritet dhe vlerësimet tregojnë një numër të lartë të rasteve të padiagnostikuara. Ky fakt thekson se është shumë e rëndësishme që sistemi i survejancës epidemiologjike të forcohet në mënyrë të vazhdueshme dhe të promovohen Qendrat VCT (Qendrat e Këshillimit dhe Testimit Vullnetar), veçanërisht për grupet vulnerabël. Deri në fund të vitit 2012 (ISHP) janë identifikuar 555 raste të infektuar me HIV, (si numër kumulativ i rasteve qysh prej rastit të parë më 1993, pra të gjitha rastet përgjatë periudhës 1993-2012); 70 raste të reja janë identifikuar gjatë vitit 2012. Përsa i përket shpërndarjes së rasteve HIV pozitiv sipas gjinisë mund të themi se 70% (390 raste) e tyre janë meshkuj dhe 30% (165 raste) janë femra. Gjatë vitit 2012 janë raportuar 51 meshkuj dhe 19 femra të diagnostikuara me HIV/AIDS. 5% janë diagnostikuar në moshë femënore 0-15 vjeç. Transmetimi nga nëna te fëmija është hasur në 20 raste ndërsa (2 raste në vitin 2012), në 6 raste ky infeksion është marrë nëpërmjet transfuzioneve të gjakut. Numri më i madh i këtyre rasteve janë infektuar nëpërmjet kontaktit seksual (84% hetero-seksualë dhe 9% homo-biseksualë); grup-mosha më e prekur nga infeksioni është 25-45 vjeç.

Transmetimi i virusit HIV nëpërmjet gjakut të infektuar është konfirmuar në 3% të rasteve dhe transmetimi nga nëna të fëmija në 4% të rasteve. Për sa i përket shpërndarjes gjeografike të rasteve HIV, shumica ndodhen në qytetin e Tiranës (52% të rasteve). Diagnostikimi i vonshëm vazhdon të mbetet një problem në vendin tonë, pasi 50% ose 35 raste të reja të vitit 2012 janë diagnostikuar në stadin e sëmundjes. Emigrantët kanë nivelin më të lartë të infektimit me virusin HIV krahasuar me popullatën që nuk lëviz.¹¹ Në fund të 2007, 60% e infeksionit HIV (kumulativi i rasteve përgjatë 1993-2007) në Shqipëri ishte nga emigrantët e kthyer (UNGASS, 2007). Një arritje tjetër është ofrimi i terapisë me antiretrovirale, që prej vitit 2004 kjo terapi ofrohet falas në vendin tonë. Në vendin tonë aktualisht e marrin këtë terapi 222 pacientë (207 të rritur dhe 15 fëmijë) pranë Shërbimit të Sëmundjeve Infektive në QSUT (shërbimi infektiv për të rritur dhe shërbimi infektiv pediatrik). Kujdesi dhe trajtimi mjekësor për fëmijët me HIV/AIDS ofrohet vetëm pranë Shërbimit të Pediatriisë në Qendrën Spitalore Universitare në Tiranë, ndërkohë që fëmijët që kalojnë moshën 14 vjeç referohen për t'u ndjekur pranë Shërbimit Infektiv në QSUT dhe në Klinikën Ambulatore pranë këtij shërbimi (UNICEF/ ISHP, 2011). Gjithsesi, kushtet specifike social-ekonomike të vendit dhe konteksti rajonal i HIV/AIDS-it ndikojnë mbi vulnerabilitetin dhe rrezikun për një përhapje të shpejtë të epidemisë HIV/AIDS, veçanërisht në grupet më të rrezikuara (grupet me risk të lartë) të popullatës. Të rinjtë MSM dhe të rinjtë meshkuj romë paraqesin sjellje të rrezikshme seksuale në drejtim të numrit të partnerëve, ku mbi 50% e tyre kanë patur më shumë se 3-4 partnerë seksualë gjatë vitit të fundit.¹⁰ Përveç kësaj, rezultatet nga studimet e survejancës epidemiologjike të gjeneratës së dytë (studimet Bio-BSS, pra me ndërthurje edhe të survejancës biologjike apo të sjelljes), të kryera më 2005 dhe 2008, tregojnë se sjelljet shumë të rrezikshme janë ende të pranishme te popullatat më të rrezikuara, si meshkujt që kryejnë marrëdhënie seksuale me meshkujt dhe/ose përdoruesit e drogës me injeksion (MSH, 2010). Për shkak të nevojave gjithnjë në ndryshim, MSH dhe ISHP përgatitën dhe hartuan një ligj të ri për HIV/AIDS-in në Shqipëri, që u miratua nga parlamenti në qershor 2008. Ligji trajton aspektet ligjore më kritike të HIV/AIDS-it duke përfshirë diskriminimin, të drejtën për të mbajtur punën, miratimin për dhënien e informacionit, konfidencialitetin, aksesin e lirë në informacion dhe trajtim, ngritjen e “vendeve të sigurta” ku njerëzit e infektuar mund të kenë akses në trajtim, si dhe një mekanizëm ankesash. Ligji parashikon të drejtën për trajtim dhe kujdes si dhe mundësitë për kërkime të reja shkencore për HIV/AIDS-in. Masat e marra nga Shqipëria për HIV/AIDS kanë qenë të përqendruara në parandalim dhe përfshijnë masat e parandalimit parësor, dytësor dhe tretësor. Një pjesë e mirë e masave parandaluese të HIV/AIDS bazohen në edukimin shëndetësor në kuptim të përgjithshëm, sidomos duke u përqendruar te popullatat me sjellje të rrezikshme, me qëllim për t'i ndryshuar këto sjellje. Një rëndësi të veçantë ka edhe respektimi dhe promovimi i të drejtave të personave të infektuar me HIV. Terapia me ARV për personat me HIV/AIDS ka filluar që më 2004. Pranë Shërbimit të Sëmundjeve Infektive në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” të Tiranës (QSUT) u ngrit më 2007 një Qendër Ambulatore (faktikisht VCT) për pacientët e jashtëm. Kjo Qendër ofron shërbime në fushat e mbështetjes psiko-sociale, këshillimit dhe testimit vullnetar për HIV/AIDS, shërbime mjekësore parandaluese, dhe sidomos trajtimin me ARV (MSH, 2011). Sipas një studimi të zhvilluar në vitin 2008¹⁰, 53 % e personave që jetojnë me HIV/AIDS në Shqipëri nuk përfitojnë nga skema e ndihmës ekonomike, pasi nuk duan të zbulojnë statusin e tyre HIV pozitiv. Rreth 68% e rasteve raportojnë se qëndrimet e të tjerëve kanë ndryshuar në momentin që ata kanë mësuar për statusin HIV pozitiv. Nevoja për mbështetje psikologjike është mjaft e madhe:

78% e rasteve raportojnë se kanë nevojë që të flasin me një psikolog. Niveli i lartë i stigmës dhe paragjykimit i detyron shpesh personat që jetojnë me HIV që të heqin dorë nga shërbimet dhe të zhvillojnë mekanizma mbrojtëse dhe barriera që të mos jenë të depërtueshme për të tjerët. Kjo shmangie e tyre është konsumuese në të gjitha përmasat, pasi zhvillojnë një mekanizëm të ri kontrolli që duhet t'u garantojë ruajtjen e sekretit.

2.3 Studime të lidhura me temën

2.3.1 Sfondi Ndërkombëtar(Rishikim Literature)

*Conopoima Z, C Guzman dhe Valdez B*¹² "Cilësia e kujdesit infermieror tek pacientët me HIV/AIDS; objektivi i të cilit ishte për të përcaktuar cilësinë e kujdesit infermieror në pacientët me sindromin e fituar të mungesës së imunitetit shtruar në spitalin e përgjithshëm El Tigre-Venezuela. Metodologjia e studimit ishte përshkruese dhe retrospektive. Popullata e studimit ishte e përbërë nga pacientët me HIV/AIDS, mostra e të cilëve u përfaqësua nga 100% e popullsisë së studimit të cilët ishin një total prej 20 pacientë. Për të mbledhur informacion u përdorur dy pyetësorë, të cilët ishin të vlefshëm nga ekspertët.

Rezultatet e analizave gjetën se pacientët me HIV/AIDS nuk marrin cilësinë e kujdesit infermieror sipas nevojave të tyre fiziologjike dhe psikologjike.¹²

*Cardoso Y,V dhe Reyes Perez M.*¹³ *Venezuela.* Teza me titull: Pjesëmarrja e kujdesjeve infermiere profesionale në plotësimin e nevojave emocionale dhe shpirtërore të pacientëve me AIDS; objektivi i të cilit ishte për të përcaktuar përfshirjen e profesionistëve infermierë në plotësimin e nevojave emocionale dhe shpirtërore të pacientëve me AIDS të hospitalizuar në Klinikën e Mjekësisë, në Spitalin Qendror të Maracay. Popullata përbëhej nga 20 infermiere dhe 8 pacientë me AIDS të cilët mundën ti përgjigjen pyetjeve, u marrën 100% e popullsisë si një kampion përfaqësues dhe është realizuar përmes një mostre të shtresëzuar. Ky ishte një studim retrospektiv univariat përshkrues jo-eksperimental.

Rezultatet e analizave theksuan faktin se infermierja ishte e kufizuar vetëm për të plotësuar trajtimin mjekësor, duke lënë mënjanë pjesën emocionale dhe shpirtërore të pacientit. Për këtë arsye, nevojat shpirtërore dhe emocionale nuk ishin përmbushur në mënyrë sistematike, siç dëshmohet nga mungesa e besimit fetar të pacientit në 87.5%.¹³

C. Johnston (2006). Lima. Studimi me titull "Qëndrimet e pacientëve me HIV/AIDS në Auxiliadora Spitalin Maria, me qëllim që të: Identifikonin dhe analizonin qëndrimet e pacientëve me HIV/AIDS, rezultatet që kërkonin për të inkurajuar stafin infermieror në njohjen dhe qëndrimet reale të këtij lloji të pacientët për të zhvilluar një program arsimor në të cilën të kishin potenciale për stabilitetin e tyre emocional. Studimi ishte cilësor, mostra përbëhej nga 12 pacientë të cilët ishin midis moshave 19 dhe 35 vjeç, u përzgjedhën përmes mostrimit me lehtësi jo probabilitik. Teknika e përdorur ishte intervista dhe si mjet shërbenin pyetjet guidë dhe udhëzimet. Në mesin e konsideratave, më të rëndësishme ishin: Njerëzit me HIV nuk kanë asnjë mekanizëm përballimi të depresionit dhe zemërimit si në kohën e diagnozës dhe të evolucionit së tyre.¹⁴ Frika e vdekjes dhe manifestimet më të zakonshme paraqesin një qëndrim të pafavorshëm ndaj statusit të tyre HIV.¹⁵

Delgado M. (2007). Lima. Teza me titull: Perceptimi i pacientëve me AIDS në lidhje me kujdesin e dhënë nga infermierët në Departamentin e Sëmundjeve Infektive të Spitalit Kombëtar Dos de Mayo 2007, synonte të përcaktonte perceptimin e pacientit AIDS në lidhje me kujdesin e dhënë nga infermierët dhe të dallonte perceptimin e pacientit si dimension biologjik, shpirtëror, kulturor dhe emocional. Në rezultatete ishte marrë parasysh, perceptimi pozitiv i trajtimit dhe i kujdesit të ofruar nga personeli shëndetësor të pacientët dhe anëtarët e familjes, perceptimi i rehatisë dhe ndjenja e kënaqësisë në mjedisin spitalor, mirësia dhe pranimi i pacientëve në të gjitha kujdesjet e dhëna dhe procedurat e kryera nga personeli shëndetësor. Duke pasur parasysh kriteret e mësipërme, u zbulua se pacientët meshkuj ishin karakterizuar me një qëndrim më të gjatë në spital prej 7 ditësh dhe në lidhje me objektivat ishte e qartë se stafi siguronte vetëm kujdesin biologjik.¹⁶

Quispe B. (2007) Lima. Titulli i studimit: Prania e dimensionit njerëzor në kujdesin e ofruar nga infermierë tek pacientët me AIDS në spitalet nga janari deri në shkurt 2007. Qëllimi: për të përcaktuar praninë e dimensionit njerëzor, në kujdesin infermior të dhënë të pacientët. Ky studim ishte kros-seksional dhe sasior, metoda ishte përshkruese dhe popullata ishte e përbërë nga 40 infermierë të shërbimeve mjekësore në Spitalin Kombëtar Daniel Alcides Carrión. U mbledhën të dhënat përmes intervistave duke përdorur një pyetësor të shkallës Likert, instrumenti i përbërë nga 29 artikuj vlerësonte kujdesjet, kënaqësinë shpirtërore-biopsikosociale, nevojat e përdoruesit dhe komunikimin efektiv. Mbledhja e të dhënave u realizua gjatë muajve janar dhe shkurt të vitit 2007 në turne të ndryshme, mesatarja ishte konsideruar më shumë se 87 pikë për praninë e dimensionit njerëzor në kujdesin e ofruar nga infermierë për pacientët në fazën e AIDS në spitalet e nivelit të tretë MINSA. Ishte e rëndësishme sensibilizimi i stafit infermior për rëndësinë e dimensionit human në përmirësimin e kujdesit sidomos kujdesit integral.¹⁷

2.4 Struktura teorike dhe shkencore që mbështet studimin

2.4.1 Virusi i Imunodeficiencës Humane

Virusi i mungesës së imunitetit njerëzor (HIV) është shkaktar i sindromës së mungesës së imunitetit të fituar (AIDS). Të dy, HIV-1 dhe HIV-2 shkaktojnë AIDS-in, por HIV-1 është përgjegjës për epideminë në mbarë botën, ndërsa HIV-2 është gjetur kryesisht në Afrikën Perëndimore. Është një sëmundje ngjitëse e shkaktuar nga një retrovirus që shkatërron sistemin imunitar, një infeksion akut fillestar ndodh kur është simptomatik, pasi kalon nëpër një periudhë të gjatë latente asimptomatike klinike, manifeston veten në fazën e tij më të përparuar dhe jep një numër të infeksioneve oportune dhe/ose neoplazma (AIDS). HIV ngadalë shkatërron sistemin imunitar dhe limfocitet CD4. Disa javë pas hyrjes së virusit në trup, ai fillon për të bërë antitrupa, të cilat bëhen të dallueshme për tre deri në gjashtë muaj pas infeksionit. Pas infektimit me HIV zakonisht ka një periudhë prej disa vitesh pa simptoma edhe pse në këtë fazë subjekti mund të transmetojë sëmundjen. Qelizat e infektuara me HIV vdesin, sistemi imunitar është dobësuar, trupi nuk mund të mbrohet dhe personi mund të zhvillojë infeksione oportune.¹⁸

2.4.2 Sindromi i Immunodeficiencës së fituar

AIDS është një sëmundje e shkaktuar nga një virus i quajtur HIV i cili shkatërron dhe dobëson sistemin imunitar të personit që e ka atë, duke e bërë më të prekshëm nga një

sërë sëmundje oportuniste. Infeksioni shkakton një përkeqësim progresiv të sistemit imunitar, duke çuar në "mangësi imune". Sistemi imunitar ndalet për të përmbushur rolin e tij ndaj infeksioneve dhe sëmundjeve. AIDS është një term që shfaqet në fazat më të avancuara të infeksionit HIV dhe përcaktohet nga prania e disa nga më shumë se 20 infeksioneve oportune. HIV është i lidhur me kancerin, mund të transmetohet përmes marrëdhënieve vaginale, anale, sexit oral me një person të infektuar, transfuzionit të gjakut të kontaminuar apo nëpërmjet shkëmbimit të gjilpërave, shiringave ose instrumenteve të tjera të mprehta ose të përdorura. Përveç kësaj, mund të transmetohet nga nëna tek fëmija gjatë shtatzanisë, lindjes dhe laktacionit.¹⁹

2.4.3 Epidemiologjia e HIV/AIDS

Infeksioni HIV ka patur rënë me 21% nga viti 1997 në vitin 2010. Rreth 34 milionë njerëz jetonin me HIV në të gjithë botën. Kjo reflekton numrin e madh të vazhdueshëm të infeksioneve të reja me HIV dhe rritje të aksesit për trajtim antiretroviral, i cili do të ndihmojë në reduktimin e vdekjeve të lidhura me AIDS. Numri i njerëzve që vdesin nga shkaqe që lidhen me AIDS është ulur, nga 2.2 milion në mes të vitit 2000 në 1,8 milionë në vitin 2010.

Numri i njerëzve që ishin infektuar me HIV pati një rënie në disa vende sesa në disa të tjera. Incidenca HIV ka rënë në 33 vende, 22 prej të cilave janë në Afrikën Sub-Sahariane, rajoni më i prekur nga epidemia AIDS.³

Shqipëria ende renditet me nivelin më të ulët të prevalencës së HIV/AIDS, megjithëse kjo është rritur në vitet e fundit. Deri në fund të vitit 2014 (ISHP, 2014) janë identifikuar rreth 774 raste të infektuar me HIV, nga të cilët rreth 33 raste janë nga Vlora (si numër i rasteve prej rastit të parë në 1993, pra të gjitha rastet përgjatë periudhës 1993-2014); 75 raste të reja në nivel kombëtar janë identifikuar gjatë vitit 2014. Përsa i përket shpërndarjes së rasteve HIV pozitiv sipas gjinisë mund të themi se 70% e tyre janë meshkuj dhe 30% janë femra. 61% e tyre janë të grupmoshës 21-45vjeç, 39 raste janë fëmijë të prekur me HIV dhe 143 kanë vdekur nga AIDS, nga të cilët 7 vdekje janë nga rrethi i Vlorës. Numri më i madh i këtyre rasteve janë infektuar nëpërmjet kontaktit seksual (84% hetero-seksualë dhe 9% homo-biseksualë), një pjesë e vogël është me transmetim vertikal nga nëna tek fëmija dhe me transfuzione gjaku. Diagnostikimi i vonshëm vazhdon të mbetet një problem në vendin tonë, pasi 50% - 60% e rasteve janë diagnostikuar në stadin e sëmundjes.²⁰

2.4.4 Teoria hierarkike e nevojave të A.Maslow

Psikologu amerikan Abraham Maslow ka dhënë kontributin kryesor për psikologji. Hierarkia e Piramidës së Nevojave Maslow, është një teori psikologjike e propozuar prej tij në punën e tij të vitit 1943, një teori e motivimit të njeriut. Më pas ai formuloi një hierarki të nevojave njerëzore dhe teoria argumenton se si nevojat themelore janë plotësuar, njerëzit zhvillojnë nevojat dhe dëshirat më të larta. Në teorinë e tij të nevojave hierarkike është përshkruar një piramidë e cila përbëhet nga pesë nivele: Katër nivelet e para janë grupuar si nevojat e defiçitit; niveli i lartë është përmendur si një domosdoshmëri për të qenë.

Ideja themelore e kësaj hierarkie është se nevojat më të larta marrin vëmendjen tonë vetëm pasi ato kanë plotësuar nevojat më të ulëta në piramidë. Forcat e rritjes rezultojnë në lëvizje lart në hierarki, ndërsa forcat regresive shtyjnë nevojat më të larta të hierarkisë poshtë. Sipas piramidës Maslow nevojat themelore fiziologjike për të mbajtur homeostasis përfshijnë:

- Nevoja për të marrë frymë.
- Nevoja për të pirë ujë.
- Nevoja për të fjetur.
- Nevoja për të rregulluar homeostasis (mungesa e sëmundjes).
- Nevoja për të ngrënë.
- Nevoja seksuale.
- Duhet të ketë të holla.

Siguria. Lind nga nevoja që personi të ndjehet i sigurt dhe i mbrojtur. Në mesin e tyre janë:

- Siguria fizike.
- Siguria e punësimit.
- Siguria e të ardhurave dhe burimeve.
- Siguria morale dhe fiziologjike.
- Siguria familjare.
- Sigurimi shëndetësor.
- Siguria kundër krimit të pronës personale.
- Siguria në vetëbesim.

Përkatësia. Ajo është e lidhur me zhvillimin emocional të individit, përfshijnë nevojat e partneritetit, pjesëmarrjes dhe pranimit. Në grupin e punës, në mesin e tyre janë: miqësia dhe dashuria.

Njohja. Ka të bëjë me vetë-respektimin.

Vetë-realizimi. Kjo nevojë është në krye të hierarkisë.

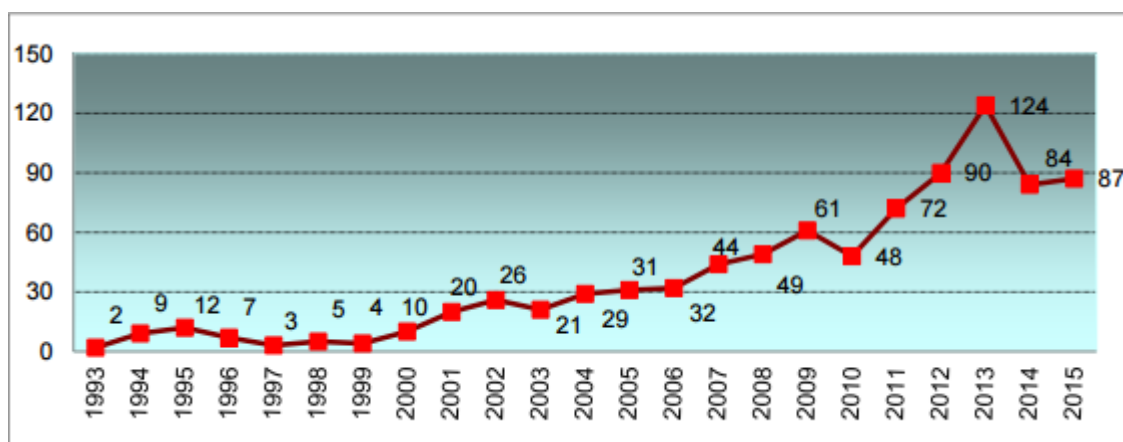
Maslow përcaktoi në piramidën e tij nevojat themelore të individit në mënyrë hierarkike, duke i vënë nevojat më elementare ose të thjeshta në bazën e piramidës dhe më të rëndësishmet ose thelbësoret në kulmin e piramidës pasi nevojat janë duke u përmbushur ose të tjera lindin për të arritur një nivel më të lartë ose më të mirë. Në fazën e fundit është "vetë-realizimi", i cili nuk është asgjë më shumë se një nivel i plotë lumturie apo harmonie. Në teorinë e tij, përcakton nevojat bazë të një individi, jo individuale të shoqërisë, pra një model të nevojave themelore për një shoqëri.²¹

2.4.5 Të dhëna mbi statistika të epidemiologjisë së HIV/AIDS-it nga Instituti i Shëndetit Publik, Tiranë

Në bazë të të dhënave të mbledhura nga ISHP, deri në Nëntor 2015, janë regjistruar 870 raste të raportuara me HIV/AIDS në Shqipëri. Të dhënat ekzistuese dëshmojnë se në Shqipëri nuk ka epidemi të gjeneralizuar apo të përqendruar të infeksionit HIV. Bazuar në të dhënat aktuale, Shqipëria vijon të mbetet një vend me prevalencë të ulët të infeksionit HIV. Nga përlllogaritjet rezulton se prevalenca e HIV-it në vendin tonë është 0.03% dhe incidenca është 0.003%, Nëntor 2014 (popullata sipas INSTAT 2014). Ndonëse prevalenca e infeksionit HIV është e ulët, vihet re një tendencë në rritje e numrit të rasteve të reja në vitet e fundit. Numri i personave që kanë rezultuar HIV pozitiv për vitin 2015 (Nëntor 2015) është 87 persona, ku midis tyre raportohet edhe një fëmijë, ndërsa numri total i fëmijëve të infektuar shkon në 40.

Të dhënat e mbledhura dhe të raportuara vijnë nga testimet për shkak të sëmundjes, testimet të dhuruesve të gjakut dhe testimet vullnetare, të cilat pavarësisht rritjes së

tyre vazhdojnë të jenë të ulëta. Të gjitha këto flasin vetëm për problemin por është e vështirë të njohësh shkallën e përhapjes së tij pa patur studime të tjera apo vlerësime. Aktualisht mungojnë vlerësimet e përhapjes së infeksionit HIV në Shqipëri.



Grafiku I. Shpërndarja e rasteve me HIV në vite

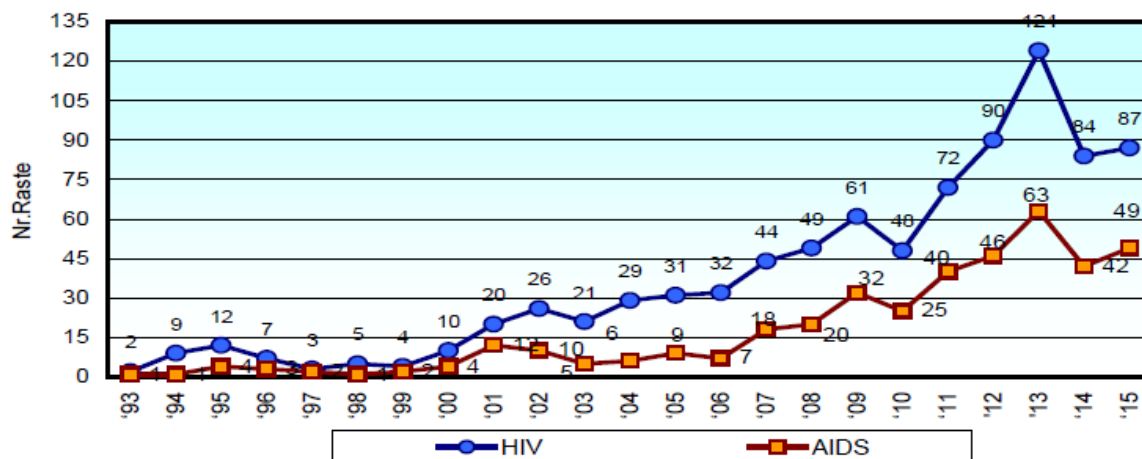
Burimi: <http://ishp.gov.al/wp-content/uploads/2015/04/RAPORTI-HIV-AIDS-N%C3%8B-SHQIP%C3%8BRI.pdf>

Rasti i parë me HIV në vendin tonë u raportua në 1993. Gjatë periudhës së parë të infeksionit HIV në Shqipëri (1993-2000) numri mesatar i rasteve të raportuara ishte 6-7 persona në vit; në vitet 2001- 2003 vihet re një dyfishim i numrit të rasteve, mesatarisht 20 raste të reja të diagnostikuara në vit; në periudhën 2004-2010 kjo shifër ka kaluar numrin 30; pas vitit 2010 shifra e rasteve të reja pothuajse është dyfishuar. Numri i rasteve me HIV në 2015 (për periudhën 2005-2015) në krahasim me 2004 (për periudhën 1993-2004), është afërsisht i 5-fishuar. Rrethe të mëdha si, Shkodra, Elbasani, Vlora por edhe rrethe të vogla si Delvina, Saranda, Mirdita paraqesin ndryshime të rëndësishme të prevalencës së HIV, duke treguar rritje të peshës specifike të HIV/AIDS-it në secilin prej rrethëve të mësipërme. Studimet e survejancës së sjelljes dhe biologjike të realizuara në vitin 2005, 2008 dhe 2011 nuk japin asnjë të dhënë për qarkullim të dendur të infeksionit HIV në vend as në grupet e konsideruara të rrezikuara.

Përsa i përket shpërndarjes së rasteve HIV pozitive sipas gjinisë 70% (613 raste) e tyre janë meshkuj dhe 30% (257 raste) janë femra. Gjatë vitit 2015 janë raportuar 63 meshkuj dhe 24 femra të diagnostikuara me HIV/AIDS. Femrat e infektuara në pjesën më të madhe të rasteve janë dignostikuar në çift, pra gjatë ndjekjes epidemiologjike kur partneri ka rezultuar pozitiv.

Nga 87 rastet e reja të diagnostikuar gjatë vitit 2015, 88% e tyre janë paraqitur pranë Shërbimit Infektiv për ndjekje të mëtejshme, 63% kanë paraqitur CD4 më të ulët se 350 çka flet për një diagnozë të vonë; dhe 50% e atyre që ju është ofruar kujdes dhe trajtim kanë paraqitur CD4 më të ulët se 200, tregues ky i një niveli të lartë të diagnozës shumë të vonë, pra pothuajse gjysma prej tyre janë diagnostikuar në stadin AIDS. Një pjesë e këtyre pacientëve mund të kenë qenë të infektuar prej vitesh pa shfaqur simptoma. Për pasojë, këta persona mund të kenë qenë të infektuar, pa e ditur, edhe mund të kenë infektuar partnerët e tyre gjatë një periudhe kohe relativisht të

gjatë. Efekti i mundshëm i shumëfishtë i kësaj situate, po të kemi parasysh se secili person mund të ketë pasur disa partnerë, është shumë i rëndësishëm dhe hedh dritë mbi nevojën e ngutshme për ta diagnostikuar infeksionin qysh në fazat e hershme të tij.



Grafiku II. Shpërndarja e rasteve HIV dhe AIDS në vite, Nëntor 2015.

Vitet	Meshkuj (Nr.Raste)	Femra (Nr. Raste)
1993–1996	24	6
1997	3	
1998	5	
1999	4	
2000	7	3
2001	17	3
2002	16	10
2003	13	8
2004	18	11
2005	22	9
2006	21	11
2007	31	13
2008	31	18
2009	43	18
2010	33	15
2011	52	20
2012	64	26
2013	83	41
2014	63	21
Nëntor 2015	63	24
Totali	613	257

Tabela I. Shpërndarja e rasteve me HIV/AIDS sipas gjinisë në vite, 1993 - Nëntor 2015.

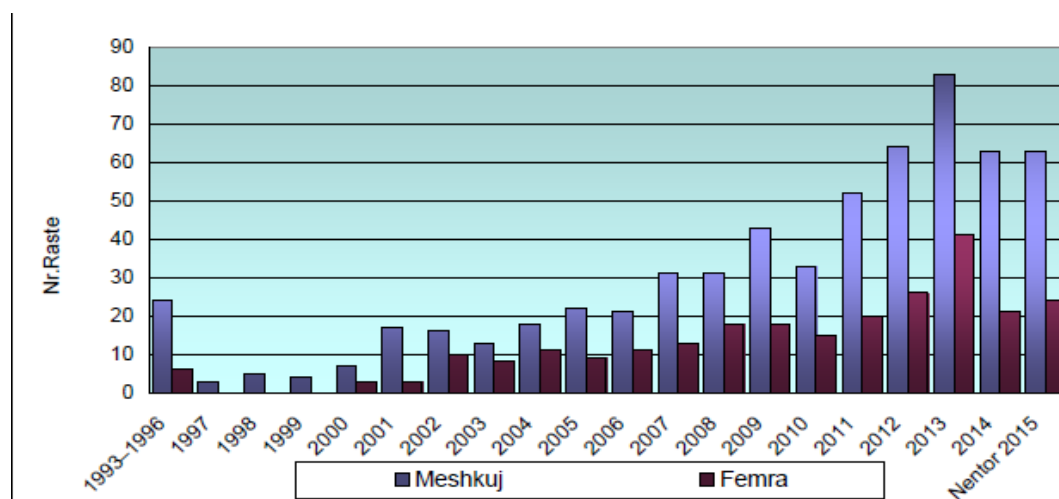
Rruga seksuale e transmetimit të virusit HIV vazhdon të dominojë në vendin tonë, e cila konstatohet në 94 % të rasteve; rruga heteroseksuale dhe homoseksuale përbën

përkatësisht 82.3 % dhe 11.6 % sipas të dhënave kumulative (1993- Nëntor 2015) në momentin e zbulimit për herë të parë të statusit HIV pozitiv të personit pavarësisht sa e vështirë është të diskutohet për shkak të rezervave që ekzistojnë për të zbuluar nëse kryejnë ose jo marrëdhënie homoseksuale.

Transmetimi vertikal ose nga nëna e infektuar te fëmija përbën 3.6% të totalit, ndërsa nëpërmjet transfuzioneve të gjakut ose nënprodukteve të tij janë infektur 1.4%. Vetëm 0.6% e rasteve i përkasin grupit të përdoruesve me injektim por nuk është vërtetuar se e kanë marrë këtë infeksion nëpërmjet shkëmbimit të shiringave. Ndërsa në 0.5% të totalit rruga e transmetimit është e papërcaktuar. Numri i ulët i transmetimit në përdoruesit intravenozë të drogave konfirmohet edhe nga studimet e sjelljes dhe ato biologjike të kryera në vitin 2005 dhe 2008.

Transmetimi nga nëna te fëmija është hasur në 31 raste (1 rast në vitin 2015). Shfaqja e rasteve të transmetimit vertikal dhe rritja e numrit të tyre pas viteve 2000 e bën të domosdoshëm zbatimin e një programi të veçantë të kontrollit të HIV tek gratë shtatzana dhe ofrimin e testimit për HIV gjatë kujdesit prenatal. Ministria e Shëndetësisë në bashkëpunim me ISHP dhe UNFPA po ndërton Programin e Parandalimit të Transmetimit të HIV nga nëna te fëmija. Si hap i parë i këtij programi u hartua “Udhëzuesi për testimin e gruas shtatzanë për disa agjentë infektivë: HIV, Sifiliz, Hepatit B dhe Rubeola”, i cili u mbështet nga UNFPA dhe ISHP është miratuar nga Ministria e Shëndetësisë në vitin 2015 dhe është pjesë e paketës së kujdesit shëndetësor për mjekun e familjes.

Rritja e numrit të fëmijëve HIV pozitiv në vitet e fundit, ka çuar në përballjen me sfidën e integritet të fëmijëve me HIV në institucionet e arsimit parashkollor në rrethet Vlorë, Kukës, Delvinë. Kjo ka sjellë ndërtimin e ekipeve multidisiplinore (ISHP, Shërbimi i Pediatriisë Infektive pranë QSUT, psikologë, Drejtorit të Shëndetit Publik në rrethe, Shërbimi Social Shtetëror, Drejtoritë Arsimore etj) dhe në sajë të bashkëpunimit të mirë të këtyre aktorëve është arritur të kapërcehet kjo sfidë në disa rrethe.



Grafiku III. Shpërndarja e rasteve me HIV sipas gjinisë në vite, 1993 - Nëntor 2015.

Diagnostikimi i vonshëm vazhdon të mbetet sërisht një problem që paraqitet edhe me numrin e madh të rasteve që raportohen në stadin AIDS.

Numri i vdekjeve nga AIDS qysh nga fillimet e epidemisë rezulton të jetë 161 vdekje, dhe vetëm gjatë vitit 2015 janë raportuar 9 vdekje nga AIDS, ku përfshihen 6 nga rastet e reja të raportuara në 2015 dhe 3 raste nga rastet e viteve të mëparshme. Në ISHP raportohen vdekjet spitalore (të cilat denoncohen pranë Programit Kombëtar), ndërkohë që vdekjet në shtëpi merren me rrugë informale (shpesh nga familjarë të të sëmurit).

HIV/AIDS mbetet një sëmundje me mbizotërim akoma urban në vendin tonë pasi 72.8% e personave vijnë nga zonat urbane dhe 27.2% nga ato rurale. Përsa i përket shpërndarjes gjeografike, numri më i madh i rasteve ose 48% e tyre janë raportuar në Tiranë, me një diferencë të madhe nga Tirana paraqiten rrethet e tilla si Durrës (6.9%), Elbasan (6.0%), Shkodër (4.8%), Vlorë (4.2%), Lushnjë (3.6 %) etj. Vetëm në rrethet Pukë, Përmet dhe Kolonjë nuk janë raportuar raste me HIV. Përgjigja ndaj HIV/AIDS është fokusuar në parandalimin, si dhe në kujdesin, mbështetjen dhe trajtimin e personave që jetojnë me HIV/AIDS. Me mbështetjen e Fondit Global kundër AIDS, tuberkulozit dhe Malaries (GFATM) është bërë e mundur zbatimi i ndërhyrjeve me synim parandalimin e infeksionit HIV te grupet vulnerabël; Përdoruesit e Drogave me Injektiv, Meshkujt që kryejnë Seks me Meshkuj, popullata rome si dhe fuqizimi i ndërhyrjeve për mbrojtjen e interesave të personave të jetojnë me HIV/AIDS dhe për luftën kundër diskriminimit të tyre.

Trajtimi dhe kujdesi ndaj personave me HIV/AIDS ofrohet vetëm në QSUT

Trajtimi dhe kujdesi ndaj personave me HIV/AIDS ofrohen në Spitalin Universitar “Nënë Tereza”, kryesisht në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive dhe Shërbimin e Pediatriisë, si dy shërbime ku ofrohet kujdesi i drejtpërdrejtë por edhe në shërbime të tjera ndihmëse si ai i Imazherisë, Shërbimi i Laboratorëve Klinikë, Shërbimi i Mikrobiologjisë, Shërbimi i Imunologjisë, dhe Farmacisë. Ky kujdesi i centralizuar bëhet për shumë arsye: numri akoma jo shumë i madh i rasteve, modele të ngjashme të kujdesit edhe në vende të tjera të rajonit me të njëjtën situatë epidemiologjike si Shqipëria, apo të tjera si kapacitetet njerëzore dhe logjistike (diagnostike dhe terapeutike) që mund të ofrohen vetëm pranë QSUT, si dhe problemet e lidhura me stigmën dhe diskriminimin, sidomos në institucionet shëndetsore të nivelit parësor dhe dytësor. Por edhe në këtë shërbim nuk ka shërbime të specializuara për adoleshentët dhe personat që rriten me HIV/AIDS.

Preparatet antiretrovirale të linjës së parë të mjekimit sigurohen falas nga një fond i posaçëm i Ministrisë së Shëndetësisë dhe prokurohen përmes UNICEF. UNICEF është përgjegjës për prokurimin e gjithë sasisë së barnave ARV, mbështetur në listë-kërkesat e përpiluara nga QSUT çdo vit. Që prej vitit 2008, projekti i Fondit Global ka siguruar blerjen e preparateve ARV të linjës së dytë. Mjekimi me ARV u ofrohet falas personave që jetojnë me HIV/AIDS në Shqipëri. Që prej vitit 2004, dhe deri në Nëntor 2015, numri i personave të trajtuar me këtë terapi është 408 (392 të rritur dhe 16 fëmijë). Bazuar në aktet ligjore dhe nënligjore aktuale të MSH dhe FSKSH, personat që jetojnë me HIV/AIDS (PJHA) mund të marrin kujdes shëndetsor në të njëjtën mënyrë si edhe pjesa tjetër e popullatës. Megjithatë, këto persona nuk i marrin këto shërbime shëndetsore, (tek mjeku i familjes apo specialisti në zonën ku jetojnë)

për shkak të frikës nga qëndrime dhe sjellje të mundshme diskriminuese dhe stigmatizuese të personelit mjekësor në këto insitucione kundrejt tyre. Këto të dhëna dhe informacione vijnë si nga pacientët ashtu edhe nga studimet e ndryshme që janë bërë në këtë fushë dhe tregojnë nevojën imediate të trajnimit të personelit shëndetësor në lidhje me HIV/AIDS.

Fillimi, aplikimi dhe monitorimi i terapisë me ARV bëhet në bazë të një udhëzuesi të miratuar të Departamenti/Shërbimi i Sëmundjeve Infektive dhe Shoqatës Shqiptare të Infektivologjisë. Monitorimi i terapisë dhe i efekteve anësore bëhet përmes kontrolleve rutinë si dhe ekzaminimeve të ndryshme laboratorike, përfshirë matjen e niveleve të CD4, çka ndihmon në monitorimin më me saktësi të ecurisë së terapisë. Gjithashtu, pranë ISHP-së dhe pranë Laboratorit Mikrobiologjik QSUT përveç testimit konfirmues për HIV kryhet matja e nivelit të ngarkesës virale për infeksionin HIV. Por në këtë drejtim problem mbetet mbulimi gjatë gjithë vitit me këto shërbime, diagnostikimi si dhe bashkëpunimi më i mirë midis insitucioneve. Klinika Ambulatore për personat me HIV/AIDS pranë QSUT-së është hapur me mbështetjen e Fondit Global në fund të vitit 2007. Klinika ofron shërbime në fushat e terapisë ARV, monitorimit të saj, mbështetjes psikosociale, këshillimit dhe testimit vullnetar për HIV/AIDS. 629 persona janë kartelizuar pranë kësaj klinike deri në Nëntor 2015 (duke përfshirë dhe vdekjet).

Aderenca ndaj terapisë tek personat që jetojnë me HIV është shumë e rëndësishme në suksesin e kësaj terapie. Nga të dhënat e klinikës ambulatore rezulton se nga 429 rastet që kanë filluar terapinë me ARV, 219 prej tyre kanë shfaqur aderencë të plotë (51%), 169 kanë shfaqur aderencë jo të plotë (39.4%), 38 raste kanë vdekur nga AIDS (8.86%) ndërsa për tre raste mungojnë të dhënat. Eksperienca e viteve të shkuara ka treguar gjithashtu edhe rëndësinë e planifikimit në kohë të kërkesave në furnizimin e vazhdueshëm me medikamente. *Të dhënat e mësipërme janë të marra nga raporti vjetor mbi epidemiologjinë e HIV/AIDS nga ISHP, 2015.*

2.4.6 Kujdesi Infermieror

Kujdes do të thotë, të ndihmojë ose të shpëtojë. Historia sjell dëshmi të qarta se njerëzit gjithmonë kanë pasur nevojë për t'u kujdesur. Kujdesi është një aktivitet i përhershëm dhe çdo ditë gjatë gjithë procesit të jetës.

Koncepti "Kujdes" karakterizohet nga qasja e tij në aspektin gjithëpërfshirës, biologjik, social, psikologjik, kulturor dhe shpirtëror, i cili është i bazuar dhe i përfshirë në bashkëveprimin dhe transformimin.

Kujdesi infermieror është në kontekstin e nevojave themelore të qenieve njerëzore në lidhje me shëndetin, sëmundjen dhe bazohet në njohuritë shkencore si dhe në:

- Kodin e sjelljes.
- Parimin e autonomisë.
- Parimin e bamirësisë.
- Parimin e drejtësisë.
- Parimin e mos-të bërit keq.¹⁸

Kujdesi është element bazë i shërbimit infermieror. Duke siguruar kujdes është e rëndësishme që infermierët të jenë të vetëdijshëm se pacienti është një qenie me shumë dimensione që e përbëjnë atë dhe për këtë arsye edhe kujdesi i tyre duhet të jetë i plotë për të arritur suksesin më të madh në shërimin e pacientit.²²

Procesi i kujdesit infermieror vjen nga takimi në mes të dy ose më shumë personave, ku secili ka elemente të të njëjtit proces. Trendi i këtij procesi është kërkimi për veprime më shumë humanitare, duke marrë parasysh aspektet e tyre individuale dhe njohuritë në lidhje me kujdesin e tyre. Për të kryer kujdesin ndaj pacientit krahas shërbimit infermieror është e nevojshme disponueshmëria e kujdestarit apo familjarit. Prandaj, ai është një proces që kërkon krijimin e lidhjeve ndërmjet stafit infermieror dhe pacientit duke përfshirë edhe familjen e tij.

2.4.7 Kujdesi Integral Infermieror

Kjo është mënyra e kujdesit dhe karakterit të integruar multidisiplinar, i cili mbështet jo vetëm pacientët, por edhe anëtarët e familjes dhe komunitetit. Siç përshkruan Betty Neumann citon nga autori Luch B: mendon se qenia njerëzore është e përbërë nga variabla të shumta dhe për të arritur një ekuilibër në këto, arrihet mirëqenia. Për këtë arsye kujdes duhet të ketë dhe në qasjen holistike shpirtërore duke marrë parasysh dimensionin psikologjik, biologjik, social për të siguruar një cilësi të mirë të jetës.

Ky njeri quhet njeri social bio psikik; domethënë njeriu nuk është vetëm trupi apo shpirti, ose një element i vetëm i ndërveprimit. Sjellja e qenieve njerëzore është dhënë gjithmonë në mes të tri elementeve: biologjike, psikologjike dhe sociale. Autori përfundon duke vënë në dukje se kujdesi infermieror gjithashtu përfshin këndvështrime të ndryshme që shihen si një karakteristikë e njeriut, si një element moral, ndërpersonal i ndërhyrjes terapeutike.

Në konceptet e fundit të përmendura vendoset theksi në pikëpamjen se njeriu është një qenie e shenjtë, i përbërë nga faktorë të ndryshëm që i japin formë, në mënyrë që të arrihet një ekuilibër i duhur, ka nevojë për të plotësuar nevojat e shumta që burojnë pa harruar njërën nga faktorët që e formojnë atë. Për shkak të kësaj arsyeje ky studim është bazuar në një nga modelet më të mëdha të infermierisë, ku Betty Neumann thotë se njeriu është një qenie e lidhur me të gjithë variablat që ndikojnë në reagimin e individit për stresorët. Kujdesi i ofruar nga personeli infermieror duhet të planifikohet në mënyrë gjithëpërfshirëse për të arritur cilësinë e kujdesit. Një kujdes i plotë infermieror është i nevojshëm në diagnoza pavarësisht nga mosha e pacientit.²²

Kujdesjet shoqërojnë kuptimin tërësor që do të thotë se njerëzit konsiderohen në të gjithë dimensionet e tyre, pra dimensionin fizik, intelektual, social, emocional, shpirtëror dhe fetar. Kujdesjet shoqërojnë ndjenjën integrale, relacionale përfshin promovimin e shëndetit, shëndetin në dimensionin social. Shoqërojnë kuptimin tërësor të të sëmurit duke u përpjekur për të gjeneruar shëndetin shpirtëror.

Profesionistët e shëndetit sot perceptojnë se prapa çdo problemi apo patologjie është një subjekt. "Holistik" nuk është vetëm për të parë të sëmurët globalisht, por është nga kompleksiteti i qenieve njerëzore dhe botës, bashkëveprojnë me të gjitha lëndët, duke prodhuar një zinxhir të lidhjeve që mund të ndihmojë ose pengojë proceset shëndetësore. Një shoqërim i shenjtë duhet të marrë parasysh rëndësinë e familjes së prekur. Ajo vuan jo vetëm nga të paturit e një të sëmuri, por shpesh për shkak të përjashtimit social dhe ndjenjës së fajit, etj.²³

2.4.8 Kujdesi i infermierëve ndaj pacientit me HIV/AIDS

Qëndrimi i infermierit në një pacient me HIV/AIDS duhet të jetë i njëjtë si për çdo pacient i cili paraqet ndonjë patologji tjetër, duhet të përgjigjet për nevojat e pacientit, duke planifikuar kujdesin në ofrimin e shërbimeve, vlerësimin e programeve të individualizuara me kujdesin e duhur, me pacientin, kujdestarët dhe punonjësit e tjerë shëndetësorë ose social.

Në kujdesin e pacientëve me HIV/AIDS profesionistët infermierë duhet të:

- Kuptojnë patologjinë dhe etiologjinë e problemeve shëndetësore të paraqitura nga pacienti.
- Bëjnë vlerësim të plotë të pacientit për të identifikuar nevojat dhe problemet e tyre.
- Formulojnë diagnoza infermierore.
- Realizojnë planin e kujdesit infermieror.
- Vendosin qëllime për të arritur me kujdes rezultatet sipas kritereve.
- Vlerësojnë efektivitetin e ndërhyrjes.

Infermierët përmes kujdesit të tyre kontribuojnë në:

- Mbajtjen në normë të parametrave të personave me AIDS.
- Parandalimin e fillimit të infeksioneve oportune.
- Njohjen e hershme dhe trajtimin e ndërlikimeve të mosfunksionimit imunitar, duke përfshirë infeksionet oportune dhe tumoret.¹⁸

Pacientët me HIV/AIDS janë njerëz me kurajo dhe dinjitet, ata meritojnë mirënjohjen, sigurinë, dashurinë dhe vetë-respektin duke gjeneruar ndjenjat e shoqërisë, miqësisë, mbi të gjitha duhen ndihmuar që të mos ndihen të vetmuar. Është gjithashtu e rëndësishme për të integruar grupet e vetë-ndihmës (familja dhe miqtë), për të pakësuar ndikimin e sëmundjes, depresionit, zemërimit, ankthit, fajit, obsesioneve dhe stresit.

Kujdesi për një pacient me AIDS fillon me një përfshirje emocionale në të gjitha fazat e sëmundjes së tyre, duke patur njohuri të secilës fazë, një vetëdije të aktiviteteve të tyre, interesave dhe motiveve dhe gjithashtu njohuritë e tyre kërkojnë shfaqjen e tij si person unik, autentik.²⁴

2.4.8.1 Njohuritë

Njohuritë janë përcaktuar si familjaritet, vetëdije, ekspertizë e kuptuar të cilat janë të fituara nga eksperiencia ose studimi. Njohuritë janë shuma e informacioneve rreth asaj që di në një fushë të caktuar. Janë gama e asaj që është përceptuar, zbuluar ose mësuar. Sipas Enciklopedisë Botërore, pjesa për të cilën një person duhet të ketë njohuri, ka disa kërkesa të cilat duhen plotësuar përpara se personi në fjalë mund të thotë fjalën 'e di'.

Për sa i përket kërkesave të sipërpërmendura, së pari personi duhet të ketë njohuri në lidhje me vërtetësinë e asaj çfarë deklarohet. Së dyti, personi duhet të besojë në vërtetësinë e deklaratës dhe së treti, personi duhet të ketë arsye të vlefshme për të besuar vërtetësinë e asaj çfarë deklarohet. Pra, nëse na duhet të fitojmë njohuri në lidhje me një pjesë të caktuar, duhet të jemi të sigurt në vërtetësinë e asaj njohurie të cilën e fitojmë.

2.4.8.2 Qëndrimet

Një qëndrim është një element që përfaqëson shkallën e pëlqimit apo mospëlqimit që ka një individ në lidhje me diçka. Në qëndrimet e përgjithshme, përfshihen përshtypje pozitive apo negative të një personi, vendi, diçkaje apo ngjarjeje. Qëndrimet shpesh zhvillohen nga përvojat tona dhe janë të prekura më së shumti nga vlerësimet brenda familjes dhe kultura në të cilën jetojmë. Qëndrimet tregohen përmes një shprehjeje spontane, ku shpesh mungojnë fjalët dhe tregohen nëpërmjet gjesteve të trupit, intonacionit të zërit dhe shikimit. Më tej qëndrimet janë përcaktuar edhe si një dispozitë për një sjellje të caktuar, si një mënyrë për të vlerësuar gjërat që na rrethojnë. Një qëndrim do të thotë shmangje nga pikëpamja neutrale. Ka edhe disa lloje të tjera qëndrimesh të cilat bazohen në informacione të gabuara dhe njihen ndryshe me emrin paragjykim.

2.4.9 Kujdesi në dimensionin biologjik

Sipas modelit Holodimérgico Penagos Aluni kërkon të shpjegojë natyrën njerëzore. Holodimergia është një neologjizëm që përkthehet si pjesë e tërë, dimension dhe energji. Holo-human i referohet faktit, se çdo qenie nuk është e plotë në vetvete, por në të njëjtën kohë dhe nga një perspektivë më e gjerë është vetëm një pjesë e një mase më të madhe. Ky dimension përcakton karakteristikat e lidhura me individualitetin e tij, proceset organike dhe fiziologjike që lidhen me ngarkesën gjenetike, unike dhe të papërsëritshme.

Kërkesat themelore për ruajtjen e stabilitetit dhe të jetës në mesin e tyre, janë nevoja për lëngje, hidratimi i lëkurës dhe mukozës, të vlerësuarit e gjendjes ushqyese, llogaritja e marrjes së lëndëve ushqyese, matja antropometrike, teste laboratorike si albuminat, transferrina, numërimi i elementëve të gjakut, eliminimi i përmbajtjes së zorrëve, fshikëzës si dhe bilanci i ujit. Në aktivitetin e tolerancës shtojmë pushimin. Dhimbja duhet të kontrollohet në mënyrë të tillë që të mbajë pacientin aktiv dhe në gatishmëri sa të jetë e mundur.

Këto konsiderata tregojnë se funksionet jetësore janë pakësuar. Në to shfaqen ndryshime organike dhe për këtë arsye mund të ndodhin manifestime klinike të tilla si dhimbje, anoreksi, të vjella, mosmbajtjeje fekale dhe vështirësi në frymëmarrje. Këto ndryshime shpesh i kanë shndërruar ata në pacientë të hospitalizuar të cilët kanë nevojë për ndihmë.¹⁵

Acosta.S konsideron rëndësinë e kujdesit në menaxhimin e medikamenteve. Njohuritë dhe aftësitë profesionale të infermierëve duhet të jenë unike. Edukimi i pacientit dhe familjes në lidhje me administrimin e duhur të mjeteve juridike dhe monitorimit, është një pjesë integrale e rolit dhe përgjegjësisë së infermierëve.²⁵

2.4.10 Kujdesi në dimensionin psikologjik

Nga pikëpamja psikologjike, konsiderohen shumë karakteristika që lejojnë të shihen se si harmonia e brendshme dhe sjellja është arritur. Kjo kërkon vlerësimin e vetë-respektit, konceptin e lumturisë, identitetin, ndjeshmërinë, emocionin, marrëdhënien me tjetër njeri, seksualitetin, idealet, emocionet, ndërgjegjen, intimitetin ndër të tjera, përbëjnë qënien njerëzore si multi dimensionale, një person në shumë aspekte, mundësinë e veprimit, meditimin. Pacienti ka nevojë për të marrë mbështetje të

madhe familjare. Këta njerëz kanë nevojë për dashuri dhe vëmendje, për të lejuar ata të përballojnë më mirë gjendjen e tyre dhe të përmbushin kërkesat terapeutike, drejtimin dhe shoqërimin e duhur në indikacionet terapeutike.

Grupet e Vetë-ndihmës së pacientëve apo të afërmit gjithashtu duhet të jenë të përfshirë në fushën e kujdesit të shëndetit mendor.

Në aspektin psikologjik një person është i infektuar me virusin e imunitetit të njeriut, familja e tij është e përfshirë me karakteristikat e saj, reagimi i tyre gjithashtu për këtë problem, përgjigja e profesionistëve dhe natyrisht përgjigja e të gjithë shoqërisë ndaj kësaj sëmundjeje sociale. Problemet psikologjike me të cilat ballafaqohen të infektuarit, sillen rreth pasigurisë. Pasiguria në lidhje me shpresat dhe pritjet e jetës në përgjithësi dhe familjes në drejtim të cilësisë dhe kohëzgjatjes së jetës, efektet e trajtimit dhe reagimin e shoqërisë.

Në përgjigje, individi i prekur duhet të bëjë një seri të rregullimeve dhe përshtatjes në jetën e tij të përditshme e cila gjeneron një gjendje të tensionit.

R. Burgos përmend se çdo person i shëndoshë apo i sëmurë jeton ndryshe përvojën në shëndet dhe sëmundje.

Sëmundja e HIV/AIDS është një gamë e madhe në problemet e tanishme botërore dhe është një markë që bie në pacientët e infektuar me HIV/AIDS, është ende e qartë në shumë sektorë të shoqërisë dhe për të kuptuar atë në integritetin e saj si një person biopsikosocial, është konsideruar në disa nga aspektet më të rëndësishme në të:

a) *Mosha* e pacientëve me AIDS është midis 25 dhe 45 vjeç. Janë pacientë të rinj me një sëmundje vdekjeprurëse, e cila u shkakton atyre ndjenjën e zhgënjimit, mjerimit dhe jeta e tyre ndryshon rrënjësisht. Përveç kësaj, është e zakonshme që mosha psikologjike e pacientit me AIDS është më pak se mosha kronologjike.

b) *Funksionet* apo rolet që ata luajnë në shumicën e rasteve, janë fëmijët e familjeve me probleme të mëdha ekonomike, emocionale dhe sociale.

c) *Personaliteti* i pacientëve me AIDS, janë njerëz marrëdhëniet e të cilëve vështirë se kanë ekuilibër të qëndrueshëm, në përputhje. Marrëdhëniet shoqërore ndërmjet tyre mbështeten në një ekuilibër të paqëndrueshëm; kanë marrëdhënie të vështira të besimit të ndërsjellë. Seksualiteti i tyre është i shtypur dhe përgjigjen me gjeste të agresionit dhe shkatërrimit.

d) *Identiteti i trupit*, ndjenjat dhe reagimet e veçanta janë rezultat i një identiteti trupor në përkeqësim progresiv.

e) *Vetëdija* e personit për të vdekur, është një fakt që shkakton reagime të ndryshme në të gjithë sëmundjen. Ky mendim dhe realiteti i gjendjes së tyre i çon në depresion, ankth, vetë-izolim.

Ndjenja themelore të përjetuara nga pacientët e HIV/AIDS, janë si më poshtë:

Faj, braktisje, depresion, ankth përfshirë pasiguri dhe frikë.¹

Watson e pranon se: "Infermieria është një shkencë humane dhe procesi i kujdesit të njeriut në infermieri është një humanizëm i rëndësishëm dhe një akt epistemologjik që

kontribuon në ruajtjen e njerëzimit". Kështu të gjitha vendet duhet që të ruajnë avancimin e kujdesit infermieror, në një shoqëri thirrja është për të parë qënien njerëzore si një e tërë." Ai konsideron se modeli më i mirë për arsimimin e infermierëve është kërkimi dhe praktika. Gjithashtu ai thotë: "Pacientët kanë nevojë për kujdes të integruar që promovon humanizmin, shëndetin dhe cilësinë e jetës" këto janë parime bioetike në kujdesin shëndetësor. Infermieri ofron kujdes dhe përdoruesi është i lirë për të zgjedhur veprimin më të mirë në një kohë të caktuar.²⁶

Ndjenja e vdekjes së afërt dhe frika e dhimbjes janë probleme të tjera psikologjike. Por të tjera janë shtuar: natyra ngjithëse e sëmundjes, rreziku i izolimit, diskriminimit dhe izolimit social, para-ekzistenca e çrregullimeve patologjike dhe të sjelljes.

- **Problemet psikologjike në të rriturit me HIV/AIDS**

Çdo pacient me HIV/AIDS kalon nëpër një proces psikologjik në të cilin është e nevojshme të mbështetet dhe të shoqërohet për të arritur përshtatje më të mirë me sëmundjen. Ky proces kalon nëpër disa faza, ku manifestimet janë të ndryshme, është e rëndësishme për infermierët që të dinë se si duhen zbuluar ato dhe çfarë mund të bëhet për të reduktuar efektet e tyre.²⁷

2.4.11 Kujdesi në Dimensionin Shpirtëror

Personi njerëzor nuk është thjesht frymë, subjekt i të menduarit të pastër, jo vetëm trup, është një trup dhe shpirt unik real. Qënia njerëzore, në brishtësinë e sëmundjes unike ruan vlera të cilat duhet të respektohen si në trupin dhe pjesën shpirtërore të tij. Në atë unike është thelbi i tij, aftësia e tij për të kapërcyer "duke qenë në vetveten", e tij "duke qenë në botë", kuptimin e ekzistencës së tij.

Në dimensionin shpirtëror është inteligjenca, vullneti, liria, marrëdhëniet me të tjerë, aftësia për ta dashur të kërkojë plotësinë, kuptimin e ekzistencës së tij, ndërjegjen e tij personale dhe morale.²⁸

Ky dimension është i bazuar në natyrën e njeriut bio-socio-shpirtëror, shpirti është dimension i tretë dhe në të njëjtën kohë esenca e qënies njerëzore.

Mungesa çon individin në paqëndrueshmëri shpirtërore; kjo paqëndrueshmëri është shkaku i dëshpërimit. Një individ me një shpirt të vdekur nuk përshtatet në sistemin normal shoqëror dhe për këtë arsye humb njerëzimin e tij.

Njeriu nga natyra ka katër lloje të marrëdhënieve: me Zotin, me veten e tij, me njerëz të tjerë dhe me të gjithë krijimin. Për këtë arsye shumë prej pacientëve të sëmurë me AIDS, ndjejnë nevojën e Zotit. Reagimi më i rëndësishëm i pacientit është të zbulojë vlera të reja që do të hapin rrugën për një shërim të dimensionit fetar të këtyre vlerave, shpresa dhe dashuria zakonisht zënë qendrën e jetës së tij.

Shoqërimi shpirtëror është i domosdoshëm, ndërhyrja për të mbështetur pacientin dhe familjen në këtë kohë të vështirë që përfshihen nga sëmundja. Duke qenë roli themelor ndihmon ata të përballen me sëmundjen dhe vdekjen (në rastin e sëmundjes terminale) në një mënyrë të qetë, është e nevojshme për të marrë faljen e të tjerëve, të falim të tjerët, të falin veten e tyre, e shprehur ose jo në formën fetare. Dhe me këtë, kërkimi fillon pse: Pse mua? Atë që kam bërë për të, Zoti të më dënojë me këtë? Pse tani?

Kështu reagimet e personave mund të jenë të ndryshme, ata drejtohen për te zoti, duke paraqitur zemërimin e tyre. Ata mund të ndiejnë shumë mungesën e tij apo

neglizhencën e tij, ata mund të kenë ndjenjën e humbjes së besimit në rrugën e dyshimeve."²⁹

Jezusi flet në mënyrë të qartë kur thotë: "Nuk ka nevojë mjekësore për ata që janë të shëndetshëm, por ata që janë të mbrapshtë." Më pas vijon: për lehtësimin e trupit tuaj, mos harroni shpirtin tuaj që është ndoshta sëmurë."³⁰

2.4.12. Kujdesi social në Dimensionin Familjar

I referohet aftësisë për tu lidhur me të tjerët. Kjo nëpërmjet komunikimit, informacionit, dhënies apo kanalizimit, mbështetjes së kolegëve, mbështetjes së shërbimeve sociale, mbështetjes shpirtërore dhe këshillave ligjore.

Njeriu është nga natyra një qenie shoqërore, vetëm në raste të jashtëzakonshme është i izoluar dhe jeton në vetmi, kjo ndodh me pacientët me HIV/AIDS, sepse ata nuk kanë idenë e shkallës së sëmundjes së tyre dhe në shumë raste kanë qenë të refuzuar nga familjet e tyre, mjedisi dhe shoqëria.

Gjithashtu ka aspekte të rëndësishme dhe të nevojshme që kanë të bëjnë me realitetin e pacientit, trajnimin arsimor ose profesional nëse është i nevojshëm. Duhet ti jepet vëmendje e veçantë familjes, të cilët bëhen kujdestarët kryesorë të pacientit, të kuptohen nevojat e tyre, mbështetja e tyre, edukimi i tyre dhe trajnimi i tyre në aspektet më të rëndësishme të kujdesit që duhet t'i jepet pacientit. Trajnimi i tyre në kujdesin në shtëpi, në furnizimin e barnave, kujdesin e lëkurës dhe zgavrës së gojës, të ushqyerit, kujdesin rutinë, në mënyrë që ata të jenë të mësuar nga kujdestarët.

Gjithashtu të sigurojë informacion, këshilla dhe trajnime për pacientin, familjen dhe njerëzit që kujdesen për pacientin për të kapërcyer procese komplekse mendore përmes një procesi arsimor të vazhdueshëm, të arritur në seanca edukative dhe grupe mbështetëse për familjet, ka nevoja jo vetëm fizike, por edhe psikologjike dhe shpirtërore.²⁸

Në ndërhyrjen psikologjike në pacientët me HIV/AIDS marrëdhëniet me familjen, miqtë dhe bashkë-punëtorët, duhet të jenë të rrjeteve të forta që të mbështesin pacientin, për çështje logjistike që lidhen me kujdesin e pacientit ose për aspekte të tilla si mbështetja emocionale; ata që janë pranë të sëmurit, sjellin në skenë njerëzit, ku pacienti do të veprojë.³¹

Infermierja punon me pacientin në anën shoqërore kështu që mund të supozohet dhe të pranohet nga familjet e tyre, në mjedisin e tyre dhe si të tilla nga shoqëria; përveç orientimit në lidhje me masat që merren dhe kujdesi për sëmundjen e tij të çojë në një jetë normale. Aspektet sociale si familja, bashkë-punëtorët, fqinjët apo marrëdhëniet e lidhura mund të shërbejnë si mbështetje për një qëndrim pozitiv ndaj sëmundjes.

Vlerat e njeriut mund të adresojnë familjet e reja dhe rrethanat shoqërore duke pasur parasysh kompleksitetin e ndryshimeve emocionale që shfaqen në sëmundjen e HIV/AIDS, të përpiqen për të marrë mbi vlerat e respektit, tolerancën, autonominë dhe vetë-besimin që mund të japin për jetën e tij dhe të vendosin të tilla si solidariteti dhe bamirësia, të jetë mbi interesat personale, duke bërë diçka më shumë; besnikëria është një nga zgjidhjet kundër AIDS-it.

OBSH ka dhënë mesazhe në favor të monogamisë dhe kundër imoralitetit, në këtë kuptim kanë folur autorë të ndryshëm, të cilët theksojnë nevojën për të nxitur një ndryshim të madh në sjelljen e fushës seksuale. Të gjitha vlerat e familjes janë të nevojshme në luftën kundër AIDS-it. Edukimi bazë është vetëpërmbytja në vend të dliresisë, kjo është për të ndaluar spiralen e shkatërrimit të familjes, varfëria dhe dështimi shkollor shkaktuan epideminë e seksit në lagjet e varfra.³²

Familja

Luan një rol kyç në procesin e përshtatjes së pacientit ndaj sëmundjes dhe është kritike në sigurimin e mbështetjes emocionale, fizike dhe financiare. Fillimisht, sëmundja mund të shkaktojë shumë ankth, një pasiguri dhe vuajtje në familje të sëmurët, por nuk ka mbështetjen e duhur. Të ballafaquar me problemet e njohura të personave me HIV/AIDS infermieri është pjesë e një grupi multidisiplinar që merr pjesë në studim, diagnostikim dhe menaxhim.

Është e nevojshme që familjet e personave që jetojnë me HIV, kanë një mundësi në rritje dhe rëndësi personale dhe familjare, të kërkojnë një ekuilibër që u lejon atyre të mbështesin dhe të shoqërojnë të afërmit e tyre të infektuar me HIV, duke respektuar, ndërtimin e autonomisë dhe përgjegjësinë për gjendjen e tyre shëndetësore.³³

Personeli infermior duhet të ofrojë informacion, këshilla dhe trajtime të pacientit, familjes dhe kujdestarëve të pacientit për të kapërcyer procese komplekse psikologjike.

2.4.13 Teoria e Dorotea Orem

Teoricienia Dorotea Orem në karrierën e saj si infermiere nuk ka ndikuar më shumë se një tjetër, por ishte e vendosur të përcaktonte modelin si një teori të përgjithshme të infermierisë që përbëhej nga tri të tjera të ndërlidhura:

Vetë-kujdesi: Në shpjegimin e konceptit të vetë-kujdesit si një kontribut i vazhdueshëm i individit për ekzistencën e tij, vetë-kujdesi është një aktivitet mësuar nga individë. Qëllimi i orientuar është një sjellje që ekziston në situata konkrete të jetës, drejtuar nga njerëzit në veten e tyre, për të tjerët ose për mjedisin, për të rregulluar faktorët që ndikojnë në zhvillimin e tyre dhe funksionimin për të mirën e jetës së tyre, shëndetit ose mirëqënies. Ajo gjithashtu përcakton tre kushte të vetë-kujdesit si objektiva apo rezultate që duhet të arrihen me vetë-kujdesin:

- *Kërkesat universale të vetë-kujdesit:* janë të përbashkëta për të gjithë individët dhe përfshijnë ruajtjen e ajrit, ujit, mbeturinave, veprimtarisë, vetmisë, ndërveprimit shoqëror, parandalimit të rrezikut dhe ndërveprimit të veprimtarisë njerëzore.
- *Kërkesat e zhvillimit të vetë-kujdesit:* promovojnë kushtet e nevojshme për jetën dhe pjekurinë, parandalojnë shfaqjen e kushteve të pafavorshme apo zbutin efektet e situatave të tilla, në kohë të ndryshme të procesit të evolucionit apo zhvillimit të njeriut: fëmijërisë, adoleshencës së rritur dhe moshës së vjetër.
- *Kërkesat e devijimit të vetë-kujdesit të shëndetit* fokusohen në zhvillim ose janë të lidhura me shëndetin.

Defiçiti i vetë-kujdesit: Përshkruan dhe shpjegon shkaqet që mund të shkaktojnë këtë defiçit. Individët që i nënshtrohen kufizimeve për shkak të shëndetit të tyre ose marrëdhënieve me të, nuk mund të kenë vetë-kujdesje. Personi vendos pse dhe kur ka nevojë për kujdesjen e infermieres.

Sistemet e Infermierisë: Mënyrat në të cilat infermierët mund të kujdesen për individët janë të shpjeguara duke identifikuar tri lloje të sistemeve:

- Sistemet infermiore kompensojnë plotësisht: Infermiera kujdeset plotësisht individin.
- Sistemet infermiore kompensojnë pjesërisht: Stafi Infermior ofron vetë-kujdesje.
- Sistemet infermiore mbështetin edukimin: Infermierja vepron duke ndihmuar individët që të jenë në gjendje për të kryer aktivitetet e vetë-kujdesit, por ata nuk mund ta bëjnë këtë pa ndihmë.

Orem përcakton qëllimin e infermierisë si: "*Ndihma e individit për të kryer veprimet e vetë-kujdesit, të mbajnë veten për të ruajtur shëndetin dhe jetën, të shërohen nga sëmundje dhe/ose të përballen me pasojat e kësaj sëmundjeje*". Gjithashtu pohon se infermierja mund të përdorë pesë metodat ndihmë: të veprojnë në defiçite të kompensimit, të jetë udhëzuese, të mësojë, të japë mbështetje dhe të sigurojë një ambient për zhvillim.

Koncepti i vetë-kujdesit përforcon pjesëmarrjen aktive të njerëzve në kujdesin shëndetësor, si përgjegjës për vendimet që ndikojnë në gjendjen e tyre, duke rënë dakord plotësisht me qëllim të promovimit të shëndetit, individualizimin e kujdesit dhe përfshirjen në planin e kujdesit. Nga ana tjetër, përfshin punën me aspektet që lidhen me motivimin dhe ndryshimin e sjelljes, duke pasur parasysh tek individët (perceptimin e problemit, aftësinë e vetë-kujdesit, barrierat apo faktorët që pengojnë, burimet për aspekte të vetë-kujdesit, etj) dhe mjetin kryesor të edukimit për shëndetin. Infermierja vepron kur individi, për çfarëdo arsye, nuk mund të kujdeset vetë.

Metodat e përkujdesjes që D.Orem propozon janë të bazuara në marrëdhënien e ndihmës dhe përfshijnë:

- Të veprojnë në vend të personit, për shembull në rastin e pacientit pa ndjenja.
- Të ndihmojnë ose të drejtojnë personin, si në rekomandimet shëndetësore për gratë shtatzëna.
- Të mbështesë personin fizikisht dhe psikologjikisht. Për shembull, zbatimin e trajtimit mjekësor që ka qenë përshkruar.
- Promovimin e një mjedisi të favorshëm për zhvillimin personal, të tilla si masat e higjienës në shkolla. Të mësojë personin që ndihmon; për shembull, edukimi për një kolostomi në lidhje me higjienën që duhet të kryhet.³⁴

2.4.14 Të drejtat e njerëzve me HIV

Ligji Kundër AIDS që u miratua më 19 qershor 1996, përcakton si një konfidencialitet themelor diagnozën e drejtë dhe mosdiskriminimin e njerëzve që jetojnë me HIV/AIDS. Ndër nenet e tij kryesore përfshihen:

Neni 5.- rezultatet e testit të diagnostikuar me HIV/AIDS dhe informacioni në lidhje me çështjen e caktuar ose të mundshëm të transmetimit janë konfidenciale. Këto rezultate dhe informacione mund të kërkohen vetëm nga prokurori publik ose

gjqësori, kur e kërkojnë rrethanat dhe vetëm për qëllime të hetimit penal. Profesionistët e shëndetit janë të detyruar të njoftojnë Ministrinë e Shëndetësisë për rastet e diagnostikuara, edhe kur ka vdekur pacienti.

Neni 6.- njerëzit me HIV/AIDS mund të vazhdojnë të punojnë, ndërsa ata janë të aftë për të kryer detyrat e tyre. Ndërprerja e punës është zero, kur shkak është diskriminimi që të jetojnë me HIV/AIDS.

Neni 7.- gjithë personat me HIV/AIDS kanë të drejtën për kujdes shëndetësor gjithëpërfshirës dhe të përfitimit të pensionit.³⁵

2.5 Përkufizimi i Termave Themelore (Operative)

Kujdes Integral: Forma e kujdesit ofrohet nga infermierë në një mënyrë holistike që mbështet pacientin dhe rrethanat e tij, si të familjes dhe komunitetit ku vepron.

Dimension biologjik: I referohet realitetit të personit ndërsa organizmi shumëqelizor, posedon një trup që zhvillon dhe i nënshtrohet realitetit fizik.

Dimensioni psikologjik: Fokusohehtë në aspektin psikologjik dhe udhëheq personin të arrijë qëllimet dhe të pajiset me elementë që udhëheqin sjelljen krijuese.

Dimensioni shpirtëror: Kjo është përvoja më e thellë e brendshme e personit, e cila jep kuptim dhe qëllim për veprimet e veta dikujt për ekzistencën, pavarësisht nga kushtet e jashtme, që do të thotë të mësuarit se si gjëndet kënaqësia në përvojën e përditshme; të ketë një sistem të vlerave dhe një angazhim për t'i zbatuar ato.

Dimensioni social-familjar: Eshtë i organizuar rreth ndërveprimit me njerëzit e tjerë. Përfshin shprehjen e karakteristikave të qenit njeri i shoqërueshëm, që është, impulsi gjenetik i cili çon në gjenerimin e kulturës, dhe fakti i të qenit biologjikisht i përgatitur për të jetuar me të tjerët.

Infermiera: Praktika në të cilën infermieri ndihmon individin, e sëmurë apo të shëndoshë, për të kryer aktivitete, kontribuon në shëndetin apo rimëkëmbjen e tij.

Pacienti: Një person i cili ka kërkesa dhe zgjedh shërbime shëndetësore. Rreth tij janë organizuar të gjitha shërbimet e ofruara në Shërbimin Shëndetësor. Duhet të jetë qendra, boshti rreth të cilit organizohen aktivitetet në sistemin shëndetësor.

HIV/AIDS: është virusi shkaktar i sëmundjes së AIDS-it. Fjala HIV është një akronim për "virusin HIV".

Virus: agent etiologjik që shkakton infeksionin. Virusi Immunodeficient sulmon në sistemin imunitar apo mbrojtës, dmth sistemi që mbron trupin ndaj veprimit të dëmshëm të agjentëve si viruset, bakteret, kërpudhat, protozoarë, etj

Human: Ky virus sulmon vetëm njerëzit, nuk është raportuar në asnjë veprim të kafshëve.

AIDS: është një sëmundje që mund të shkaktojë HIV kur nuk merret asnjë trajtim. Fjala AIDS është një akronim për "*Syndromin e pamjaftueshmërisë imunitare të fituar*". Përkufizimi i secilit prej këtyre fjalëve është:

Sindromi: Set i simptomave që së bashku përbëjnë një kuadër të tërë të komplekseve klinike. Për shkak se veprimi i këtij virusi bëhet direkt në sistemin imunitar ose mbrojtës, duke shkatërruar sasinë e mbrojtjes së nevojshme nga trupi për t'u marrë me agjentët që mund të dëmtojnë.

Fituar: Për shkak se ky virus ose sindrom si i tillë nuk është tek njerëzit, por është fituar nga dikush.

Person: Koncepton njeriun si një organizëm biologjik, racional dhe të menduari. Si i tillë është i prekur nga mjedisi dhe është i aftë të ndikojë veten ndaj veprimeve të parazgjedhura. Kushtet e bëjnë atë të jetë në gjendje të kryejë vetë-kujdesje.

Shëndeti: Do të thotë integritet fizik, struktural dhe funksional; mungesa e defekteve që përfshijnë personin e dëmtuar; progresiv dhe të integruar.

PJESA E DYTË: PREZANTIMI I STUDIMIT

KAPITULLI III

TRAJTIMI, OBJEKTIVAT DHE RËNDËSIA E PROBLEMIT

3.1 Rreziqet kryesore për përhapjen e HIV/AIDS

Rreziku është mundësia që një i ri të marrë infeksionin HIV nëpërmjet sjelljeve të caktuara: injektimi i drogave me mjete të përdorura më parë nga të tjerët, seks i pambrojtur me një partner të infektuar, seks i pambrojtur me shumë partnerë (shpesh i lidhur edhe me shitjen e seksit). Ka disa faktorë që mund të përcaktojnë apo të nxisin të rinjtë të përfshihen në sjellje të rrezikuara, siç mund të jenë kultura e një grupi përkatësie, cilësia e mbulimit me shërbime apo programe ndihmëse dhe mundësia e një grupi/individit për t'i marrë këto shërbime, si dhe ndikime të tjera të shoqërisë apo faktorë strukturorë. Sipas Strategjisë Kombëtare për Parandalimin dhe Kontrollin e Përhapjes së HIV/AIDS në Shqipëri 2004-2010“ekziston një rrezik potencial për përhapjen e infeksionit HIV veçanërisht në përdoruesit e drogave të injektueshme që shkëmbejnë shiringat dhe pajisjet e tjera të injektimit me përdoruesit e tjerë, tek personat që kryejnë seks të pambrojtur me partnerë të shumtë seksualë, meshkujt që bëjnë seks me meshkuj dhe popullata rome.”

“Rrezik emergjent në ISHP” është çdo lloj rreziku si **i ri** edhe **në rritje**.

I ri do të thotë që:

➤ rreziku nuk ekzistonte më parë por është shkaktuar nga procese të reja, teknologji të reja, lloje të reja të ambjenteve të punës, ose ndryshimeve sociale dhe organizative; ose

➤ një problem i tejzgjatur tashmë konsiderohet të jetë një rrezik në sajë të njohjes shkencore

ose ndryshimeve të perceptimit të njerëzve.

Rreziku është në **rritje** nëse:

➤ numri i situatave të pasigurta me pasojë rrezikun rriten; ose

➤ mundësia e ekspozimit ndaj situatave të pasigurta është në rritje; ose

➤ efektet e dëmeve mbi shëndetin vijnë në rritje.³⁵

3.2 Trajtimi i problemit

Në botë, çdo ditë më tepër se 5,000 të rinj të moshës 15-24 vjeç infektohen me virusin HIV dhe 1,400 fëmijë nën 15 vdesin nga sëmundje që lidhen me AIDS-in. Dhe ende, shumica e adoleshentëve dhe të rinjve nuk dinë si ta shmangin sëmundjen, pavarësisht në se jetojnë në vende me prevalencë të lartë, apo në zona ku epidemia sapo ka filluar të hedhë rrënjë. UNICEF, fushata botërore kundër AIDS-it. Vazhdon trendi i rritjes së HIV/AIDS në botë. Sipas të dhënave të UNAIDS numri i të infektuarve në botë ka arritur rreth 33.3 milion prej të cilëve 30.8 milion janë të rritur, 15.9 milion femra dhe 2.5 milion fëmijë nën moshën 15 vjeçare. Në vitin 2009 në botë janë infektuar 2.6 milion persona të rinj prej të cilëve 2.2 milion janë të rritur dhe 370 000 fëmijë. Në vitin 2009 në botë kanë vdekur 1.8 milion prej të cilëve 1.6 milion të rritur . Krahas rritjes së numrit të HIV/AIDS-it në botë janë rritur edhe fondet për luftimin dhe parandalimin e HIV/AIDS-it. Në vitin 2001 ky fond ka qenë 2.1 bilion dollarë, ndërsa tani fondi për AIDS ka qenë mbi 6.1 bilion dollarë.

Epidemia HIV/AIDS ka shkaktuar një sërë reagimesh, dhe stigma është njëri prej tyre. Këto reagime vijnë nga individë, komunitete, madje dhe kombe, dhe gjatë kësaj kohe është kaluar nga simpatia e përkujdesja tek heshtja, mohimi, frika, zemërimi, dhe

madje edhe tek dhuna.^[37] Njerëzit që jetojnë me HIV/AIDS dhe ata që janë të ndikuar nga epidemitë, shpesh e kanë të pamundur të jetojnë një jetë të barabartë, me dinjitet dhe të lirë, duke qenë se të drejtat e tyre shpesh dhunohen duke u bazuar në statusin e tyre si të sëmurë me HIV. Kjo përfshin të drejtën për privatësi, konfidencialitet, akses në shërbimet e gjithanshme mjekësore dhe ato të shëndetit seksual dhe riprodhues, në punësim dhe edukim, lirinë e të lëvizurit, dhe të drejtën për të udhëtuar. Të mësuarit e statusit HIV nëpërmjet diagnozës laboratorike është gjithmonë për individin përkatës një përvojë traumatike dhe që të ndryshon jetën.^[38] Vështirësitë lidhen me diskriminim dhe stigmatizimin, që ndërlikojnë procesin e përballimit dhe që lidhen me nevojën për të zbatuar modele holistike të kujdesit, të cilat trajtojnë dimensionet psikologjike, shpirtërore dhe fizike për njerëzit që jetojnë me infeksionin HIV.^[39] Së bashku, këto përvoja të lidhura me stigmën mund të kontribuojnë tek stresi dhe vështirësitë e përshtatjes të personave që jetojnë me HIV.^[40, 41, 42] Personat me infeksion HIV kanë norma të larta të ngjarjeve stresuese të jetës.

Në veçanti, HIV i vë individët përballë sfidave të shumta që mund të dëmtojnë burimet e tyre përballuese dhe të pengojnë përshtatjen e tyre psikologjike ndaj kërkesave të vazhdueshme të menaxhimit të kësaj sëmundje kronike dhe stigmatizuese.^[43] Ekziston një lidhje e fortë midis përjetimit të stigmës që lidhet me HIV dhe raportimit të aksesit të dobët në kujdes mjekësor. Studimet tregojnë se personat që përjetojnë nivele të larta të stigmës kanë më shumë gjasë që të mos respektojnë regjimin e mjekimit me medikamente.^[44] Përveç kësaj, kërkimet kanë treguar se përparimi i shpejtë i sëmundjes shoqërohet me nivelin e ulët të mbështetjes sociale.^[45] Stigmatizimi mund t'i bëjë PJHA që të heqin dorë nga e drejta për shërbime shëndetësore, mund të zvogëlojë dëshirën që ata të shkojnë të testohen për HIV, duke ndikuar në përpjekjet për parandalim dhe trajtim të hershëm.^[46] Barrierat për kujdes lidhen me stigmën sociale që rrethon HIV/AIDS në Shqipëri ose me mungesën e informacioneve si për pacientët dhe ofruesit e shërbimeve.^[47]

Mungesa e aksesit për medikamente ndikon në përkeqësimin e shëndetit, për më tepër duke zvogëluar mundësinë për të fituar të ardhura dhe duke ulur vetvlerësimin.^[48] Nevoja për të udhëtuar në distanca të gjata për të përfitur nga shërbimet shëndetësore është një tjetër sfidë e madhe që hasin PJHA.^[49] Megjithëse AIDS është konsideruar tashmë një sëmundje kronike dhe e menaxhueshme për shumë njerëz,^[50] PJHA akoma përjetojnë efekte anësore për shkak të mjekimit. Simptomat fizike dhe ndryshimet fizike ditore që përjetojnë PJHA ndikojnë në mënyrë të rëndësishme në karrierën, rolet e përditshme dhe cilësinë e jetës.^[51] Komisioni i Kombeve të Bashkuara mbi të Drejtat e Njeriut pranon në mënyrë të qartë se “aksesi në mjekime në kontekst të epidemive të tilla si HIV/AIDS është një nga elementët kryesorë për arritjen në mënyrë progresive dhe plotësimin e plotë të të drejtës së çdo njeriu për gëzimin e standartit më të lartë të arritshëm të shëndetit mendor dhe fizik” (UN, 2001). Antiretroviralët janë përcaktuar si mjekimet kryesore (OBSh, 2007).

Të dhënat tregojnë gjithashtu se terapia me antiretroviralë përmirëson në mënyrë të dukshme cilësinë e jetës së personave që jetojnë me HIV, nëse ata e fillojnë herët trajtimin.^[52] Studime në shumë vende të botës dhe në mënyrë të veçantë në vendet e zhvilluara, nënvizojnë lehtësimin e dhimbjes dhe menaxhimin e simptomave, mbështetjen psikologjike, mbështetjen shpirtërore, mbështetjen me ushqime dhe atë financiare si nevojat kryesore për kujdes paliativ.^[53,54,55] Aty ku plotësohen nevojat për kujdes paliativ, ndodh kryesisht si rezultat i mbështetjes që ofrojnë familjarët dhe të afërmit.^[55, 56, 57]

HIV/AIDS mund ti çojë njerëzit drejt varfërisë, për shkak të zvogëlimit të aftësive për punë dhe rritjes së shpenzimeve mjekësore. Ka ardhur duke u rritur nevoja për të adresuar shqetësimet në lidhje me punën e personave që jetojnë me HIV sepse ata janë duke jetuar më gjatë dhe më të shëndetshëm si rezultat i trajtimeve me medikamente.^[58, 59] Për shkak të kufizimeve që janë si rezultat i gjendjes shëndetësore, po ashtu si dhe stigmës dhe diskriminimit, PJHA përballen me shumë barriera kur ata përpiqen të gjejnë ose të mbajnë vendin e punës.^[60, 61] Stigma që shoqëron HIV ka bërë që shumë njerëz që jetojnë me këtë sëmundje t'ju mungojë kujdesi i përshtatshëm dhe mbështetja sociale, dhe të përjetojnë një nivel të ulët të mirëqënies emocionale, krahasuar me popullatën në përgjithësi.^[62]

Stigma luan një rol të rëndësishëm në vendimin e personave për të zbuluar statusin e tyre HIV në familje, me miqtë, dhe shpesh ka një efekt negativ në cilësinë e marrëdhënieve të tyre. Mënyra e zbulimit, vendbanimi dhe fakti që i përket komuniteteve minoritare janë faktorë shtesë që ndikojnë në moszbulimin e HIV dhe në izolimin e këtyre personave.^[63]

Reduktimi i përjashtimit social, së bashku me mbështetjen sociale dhe emocionale, mund të çojë në një kohëzivitë më të madh social dhe të përmirësuar shëndetin.^[64] Mbështetja sociale luan një rol kritik në ndihmën ndaj njerëzve për kapërcimin e pabarazive strukturore që lidhen me epideminë dhe që shërbejnë si barriera për trajtimin, testimin dhe shërbime të tjera thelbësore. Mbështetja sociale është veçanërisht e përshtatshme për HIV duke qenë se mund të adresojë çështje që kanë të bëjnë me pabarazinë gjinore, stigmën dhe diskriminimin, që rëndojnë situatën e grupeve të marginalizuara. Mbështetja sociale ndihmon që të ardhurat të jenë të rregullta, ndihmon për sigurimin e jetesës dhe zgjeron burimin e të ardhurave (UNAIDS, 2010). PJHA kanë nevojë për një kujdes të vazhdueshëm që ka në fokus të drejtat dhe problemet që ata hasin në jetën e përditshme.

Një kujdes dhe trajtim gjithëpërfshirës përfshin më shumë sesa antiretroviralët, përfshin konkretisht trajtimin e infeksioneve oportuniste, ushqyerjen e përshtatshme, kujdesin psiko-social dhe shërbime të tjera thelbësore shëndetësore dhe sociale. Stigma dhe diskriminimi që lidhet me HIV dhe AIDS janë të njohura gjerësisht si barriera për sigurimin e një kujdesi shëndetësor të përshtatshëm, mbështetje sociale dhe psikologjike të përshtatshme dhe trajtimeve të përshtatshme mjekësore.^[65]

Stigma ndikon në eksperiencat jetësore të individit të infektuar me HIV dhe familjes së tij. Shpesh stigmatizimi është më i rëndë për personat që jetojnë me HIV/AIDS sesa vetë sëmundja. Stigma dhe diskriminimi çon në krizë të identitetit, izolim, vetmi, vetëvlerësim të ulët dhe mungesë të interesit për të trajtuar sëmundjen e AIDS.^[66] Në nivel komuniteti, frika e stigmës dhe diskriminimit mund të bëjë që gratë shtatzëna të shmangin këshillimin dhe testimin vullnetar, i cili, në fazat e para ndihmon për zvogëlimin e mundësisë së trasmetimit të virusit HIV nga nëna tek fëmija.^[67] Edhe anëtarët e familjes të individit të infektuar vuajnë po ashtu nga stigma dhe diskriminimi.^[68] Kombet e Bashkuara, aktivistë të të drejtave të njeriut dhe shumë organizata e vënë theksin në këto çështje, me qëllim që të zvogëlojnë barrën e rëndë të stigmatizimit dhe diskriminimit ndaj PJHA.^[69] Për gratë e infektuara më HIV, çështjet psikosociale të tilla si zbulimi i statusit HIV pozitiv, stigma, testimi HIV, çështjet e kujdesit, varfërisë dhe roleve gjinore janë sfida dhe stresorë unikë.^[70, 71]

Këta stresorë përshkallëzohen kur individi i infektuar me HIV për shembull një grua me HIV ofron kujdes edhe për fëmijët e vegjël.^[70] HIV/AIDS ndikon në rolet prodhuese dhe riprodhuese të grave që gjithnjë e më shumë po ndërthuren me tregun global. Për shkak të roleve gjinore të vendosura në shumë shoqëri tradicionale, gratë e veja përballen me një humbje të mbështetjes për të jetuar në rastet kur bashkëshortët e tyre vdesin dhe i lënë ato pa ndonjë të ardhur apo të drejtë pronësie.^[72]

HIV/AIDS lidhet me të drejtat seksuale dhe riprodhuese. Dimensionin social dhe kulturor i aktivitetit seksual dhe riprodhues mbron dhe shkel pabarazitë gjinore dhe rrit vulnerabilitetin ndaj infeksionit HIV për të dyja palët, si burrat dhe gratë. Janë dokumentuar incidente të grave që jetojnë me sëmundjen e AIDS, që kanë kërkuar ndërprerjen e shtatzënisë dhe që janë detyruar për sterilitet.^[73] Shpesh, grave që jetojnë me HIV/AIDS nuk u jepet informacioni i përshtatshëm në lidhje me shtatzëninë dhe ushqyerjen me gjí.^[74] Gratë shpesh përballen me një vendim të vështirë në lidhje me ushqyerjen me gjí si një opsion i preferuar kulturalisht. Një vendim për të mos i ushqyer me gjí fëmijët mund të çojë në një zbulim të detyruar të statusit HIV pozitiv të gruas.^[75] Gratë gjithashtu kanë raportuar qëndrime gjykuese dhe armiqësore nga ofruesit e shërbimeve, duke përfshirë testimin pa marrjen e pëlqimit dhe refuzim të shërbimeve.^[76] Një çështje tjetër e rëndësishme është edhe zbulimi i statusit HIV. Kjo është veçanërisht e vështirë në rastet e PJHA për shkak të stigmatizimit shumë të lartë që shoqëron këtë sëmundje. Stigma ndaj HIV/AIDS ka qenë shumë depërtuese duke ndikuar në të gjitha vëndet e botës. Për shembull, studimet në Shtetet e Bashkuara të Amerikës kanë raportuar raste të dhunimit dhe abuzimit të PJHA ose të personave që besojnë që kishin sëmundjen.^[77, 78, 79] Disa studime kanë raportuar raste të PJHA që janë abandonuar nga familja, janë ndarë nga partnerët e tyre (veçanërisht gratë), janë vrarë, izoluar, dëbuar nga komunitetet e tyre në momentin që kanë zbuluar statusin e tyre HIV pozitiv.^[80, 81, 82, 83] Vëmendja në rritje për zbulimin e statusit dhe njoftimin e partnerit në programet e kontrollit të HIV është mbështetur edhe nga të dhëna empirike, që theksojnë se është një strategji efektive për parandalimin e transmetimit të HIV tek partneri seksual në risk dhe për promovimin e diagnostikimit të hershëm, dhe që nxit trajtimin tek ata që janë të infektuar.^[84, 85]

Motivimi i mundshëm për të njoftuar partnerin seksual influencohet edhe nga përgjegjësia etike e pacientëve dhe shqetësimi për shëndetin e partnerëve, dëshirës për mbështjet sociale, ashpërsia e sëmundjes, faktorë të ndryshëm kulturorë ^[86], roli shumë i rëndësishëm i këshilluesit.^[87] Gjithsesi, është shqetësues fakti se vetëm një numër i vogël i personave HIV pozitiv informojnë aktualisht partnerët përkatës seksualë mbi statusin e tyre.^[88, 89] Shkalla e ulët e zbulimit të statusit HIV pozitiv çon përfundimisht në mundësinë e mostrajtitimit për sa kohë që pacientë të tillë do të preferonin të mos zbuloheshin në komunitet.^[88] Gjithashtu, ajo çon në humbjen e mundësive për parandalimin e infeksioneve të reja tek partnerët në rrezik dhe pamundësinë për të pasur aksesin e përshtatshëm në shërbimet për HIV si për pacientët ashtu dhe për partnerët.

Respektimi i konfidencialitetit të pacientëve është një nga principet kryesore në etikën mjekësore dhe gjithashtu një detyrë ligjore që ofruesit e shërbimeve i detyrohen pacientëve të tyre. Sidoqoftë, respektimi i konfidencialitetit absolut ka qenë një subjekt debati^[87]. Me shfaqjen e epidemisë HIV/AIDS ky debat është drejtuar në kahen nëse konfidencialiteti duhet të kompromentohet kur pacientët HIV pozitivë refuzojnë për të njoftuar në mënyrë vullnetare ata që mund të jenë në rrezik infektimi, veçanërisht partnerët seksualë.^[90, 91] Në Shqipëri gjatë këtyre viteve ka pasur një vëmendje më të madhe në parandalimin e kësaj sëmundje dhe në vlerësimin e

popullatave (grupeve të popullatës) me sjellje të rrezikshme. Rrjedhimisht, është e rëndësishme që të mësohet më shumë rreth eksperiencave, përjetimeve dhe qëndrimeve që PJHA kanë zhvilluar si rezultat i nevojave të reja sociale, ekonomike dhe shëndetësore.

3.2.1 Përcaktimi i kufijve të problemit

- **Kufijtë kohorë:** ky studim u realizua në periudhën 2013-2015.
- **Kufijtë hapësinorë:** studimi u realizua në shërbimet infektiv, dhe pediatri të QSUT (Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza”) Tiranë dhe SRV(Spitali Rajonal Vlorë).
- **Kufijtë substancialë:** në përmbajtjen e tij, ky studim, përcakton vlerësimin e kujdesjeve infermiere në pacientët me HIV për të përmirësuar cilësinë e jetës së tyre.

3.3 Prezantimi i objektit të studimit

3.3.1 Përcaktimi i kërkimit/studimit

Sikurse është përmendur edhe më sipër, në Shqipëri ka mungesë të studimeve infermiere që ndalen në mënyrë të veçantë në vlerësimin dhe kujdesin ndaj personave që jetojnë me HIV/AIDS për të përmirësuar cilësinë e jetës së tyre. Studimi ynë është i pari në këtë fushë. Ai pasqyron rëndësinë e kujdesit ndaj shëndetit të pacientit në kontekstin e epidemisë HIV/AIDS, duke u bazuar në përvojat dhe përjetimet e tyre, vlerëson perceptimet e personave që jetojnë me HIV/AIDS.

3.3.2 Rëndësia e kërkimit/studimit

Rëndësi personale. Ky studim ka rëndësi personale pasi gjatë kryerjes së studimit u përfutuan aftësi profesionale, falë ideve dhe kritikave të udhëheqësit shkencor, për respektimin e kriterëve të metodologjisë.

Rëndësi shoqërore. Studimi ka rëndësi shoqërore pasi HIV/AIDS-i është quajtur nga shumëkush si kriza më shkatërruese në historinë e shëndetit të njeriut. Vitet e fundit, ky fenomen ka prekur edhe vendet e Europës Lindore, përfshirë Shqipërinë, vende që megjithëse paraqesin ende shifra të ulëta, kanë ritmet më të shpejta të përhapjes së sëmundjes.

Rëndësi shkencore. HIV/AIDS është rrezik në rritje i kohëve moderne, që kërkon studime dhe kërkime të herpashershme dhe në vazhdimësi.

3.4 QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

3.4.1. QËLLIMI

Qëllimi i këtij studimi ishte vlerësimi lidhur me kujdesin infermior në funksion të promovimit të një kuptimi më të mirë të kujdesjeve infermiere, duke i dhënë një qasje gjithëpërfshirëse dhe holistike kujdesit infermior dhe perceptimit të pacientit për këtë kujdes.

3.4.2. Objektivi i përgjithshëm

- Vlerësimi i kujdesit infermieror te pacientët me HIV / AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive QSUT gjatë vitit 2013-2015.

3.4.3. Objektivat specifike:

- Evidentimi i kujdesit infermieror sipas dimensionit biologjik në pacientët me HIV/AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive në QSUT.
- Evidentimi i kujdesit infermieror në përputhje me dimensionin psikologjik në pacientët me HIV/AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive në QSUT.
- Evidentimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit shpirtëror në pacientët me HIV/AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive në QSUT.
- Evidentimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit social të familjes në pacientët me HIV/AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive në QSUT.

Hipotezat

Personeli infermieror kujdeset kryesisht për trajtimin e pacientit dhe sëmundjes nga ana biologjike duke neglizhuar dimensionet e tjera, si ai psikologjik, social-familjar, stigma, diskriminimi, etj.

Në kujdesin infermieror ndaj pacientëve me HIV kemi diferenca sipas:

Gjinisë, grupmoshës, viteve të punës së infermierëve, kohëzgjatjes së turneve, nivelit arsimor të infermierëve dhe pacientëve.

KAPITULLI IV

METODOLOGJIA

4.1. Tipi i studimit

Studimi është i tipit cross-sectional

4.2. Përshkrimi i zonës së studimit

Ky studim u realizua në qytetin e Tiranës dhe të Vlorës, në shërbimet përkatëse të QSUT dhe SRV.

4.3. Popullata dhe Mostra

4.3.1. Karakteristikat e përgjithshme të popullatës

Popullata përfshin personelin infermieror të të dy seksëve, që punon në shërbimet përkatëse të infektivit dhe pediatriisë në QSUT dhe SRV. Gjithashtu janë përfshirë në studim pacientë të diagnostikuar me HIV të cilët pranuan të plotësonin formularin e përgatitur lidhur me kujdesin nga personeli infermieror.

4.3.2. Kufijtë dhe madhësia e popullatës

Popullata përbëhet nga infermierët profesionistë (janë përjashtuar studentët dhe stazhierët), të cilët në total janë 77 persona.

Përveç infermierëve ishin edhe 55 pacientë të diagnostikuar me HIV.

4.3.3. Madhësia e mostrës

Mostra përbëhet prej 77 infermierësh profesionistë të shërbimeve përkatëse të pediatriisë dhe infektivit në QSUT dhe SRV, si dhe 55 pacientë të trajtuar pranë QSUT.

4.4. Variablat në studim

4.4.1. Variablat kategorikë

- **Grupmosha:** mosha e infermierëve u kategorizua në grup-mosha [nën 30 vjeç, 30-40 vjeç, 41- 50 vjeç dhe mbi 50 vjeç]. (Variabël ordinal)
- **Gjinia:** mashkull vs.femër .[variabël dikotomik]
- **Niveli arsimor:** i mesëm, universitar, pasuniversitar. (variabël nominal)
- **Eksperiencia në punë:** më pak se 1 vit,1-10 vjet, më shumë se 10 vjet. (variabël nominal)
- **Koha e kujdesit me pacientin:** 0-5 min, 6-10 min, më shumë se 10 min. (variabël nominal)
- **Numri i pacientëve të kujdesur për turn:** 1-6 pacientë, 7-15 pacientë, më shumë se 15 pacientë. (variabël nominal)
- **Pushimet aktive gjatë punës:** Asnjëherë, ndonjëherë, gjithmonë. (variabël nominal)
- **Kohëzgjatja e turnit:** 8 orë, 16 orë, më shumë se 16 orë. (variabël nominal)
- **Turni i punës:** vetëm turni I, vetëm turni II, vetëm turni III, vetëm turni I dhe II, me tre turne. (variabël nominal)
- **Institucionet e punës:** një institucion, 2-3 vende pune, më shumë se 3 vende pune. (variabël nominal)
- **Kujdesi për pacientët HIV:** Po vs. Jo (variabël dikotomik)

- **Përqindja që zenë pacientët me HIV:** 0-20%, 20-40%, 40-60%, 60-80%, 80-100%. (variabël nominal)
- **Deklarata të infermierëve:** Aspak dakord, pjesërisht dakord, plotësisht dakord. (variabël nominal)
- **Ndryshimi mes HIV dhe AIDS:** e saktë vs. e pasaktë. (variabël dikotomik)
- **Njohuritë e infermierëve lidhur me HIV-AIDS** (pjesa e tretë në pyetësin për infermierët): e saktë vs. e pasaktë. (variabël dikotomik)
- **Gjendja martesore (e pacientëve):** Beqar, bashkëjetesë, i/e martuar, i/e ve, i/e divorcuar. (variabël nominal)
- **Niveli arsimor (pacientët):** fillor, e mesme, e lartë, master. (variabël nominal)
- **Profesioni (pacientët):** student, shtëpiak, punëtor i varur, punëtor i pavarur, i papunë. (variabël nominal)
- **Vendlindja (pacientët):** qytet vs. Fshat. (variabël dikotomik)
- **Koha e hospitalizimit (pacientët):** muaj, javë, ditë (variabël nominal)
- **Koha e diagnostikimit (pacientët):** vite, muaj, javë, ditë (variabël nominal)
- **Deklarata të pacientëve:** gjithmonë, zakonisht, ndonjëherë, rrallë, kurrë. (variabël nominal)
- **Njohuritë e pacientëve mbi medikamentet që marrin:** po vs. jo (variabël dikotomik)
- **Emrat e medikamenteve:** ... (variabël string)
- **Shpjegimi i rëndësisë së mjekimit:** po vs. jo (variabël dikotomik)
- **Shpjegimi i mënyrës së marrjes së tabletave:** po vs. jo (variabël dikotomik)
- **Rruga e marrjes së medikamentit:** nga goja me tablet, në venë me injeksion, në muskul me injeksion. (variabël nominal)

4.4.2. Variablat e vazhduar

Mosha: mosha e pacientëve është paraqitur: mesatare, SD, varianca, mediana, min, max.

4.5. Metodat

- ✓ **Teorike:** rishikim bibliografie, dokumentash, analizë dhe sintezë.
- ✓ **Etike:** u kërkua leja e personave drejtues të QSUT dhe SRV si dhe pëlqimi i personelit infermior që lejoi aplikimin e sondazhit që u aplikua në personelin infermior dhe vëzhgimin e procesit infermior që nga momenti i kontaktit me pacientin, respektimin e rregullave të biosigurisë teknike të dezinfektimit dhe sterilizimit, rregullave të higjienës spitalore dhe administrimit të mbetjeve spitalore sipas indikacioneve të OBSH.
- ✓ **Empirike:** u përpunuan pyetësorët që u aplikuan në personelin infermior, si dhe ata pyetësor që u plotësuan nga personat me HIV, por gjithashtu u bë një udhërrëfyes vëzhgimi që lejoi të krijohet situatë e mjedisit të punës ku kryenin funksionin e tyre personeli infermior i shërbimeve përkatëse.
- ✓ **Statistikore:** informacioni i përfutur përmes instrumenteve të përdorur, u rishikua, u analizuan dhe interpretuan të dhënat e grumbulluara nga ky studim. Programet SPSS dhe Excel lejuan procesimin e informacionit në mënyrë automatike në kompjuter.

4.5.1 Burimet e studimit

- ✓ Rishikim bibliografik, libra, revista, artikuj, dokumente dhe kërkime në internet,
- ✓ Shqyrtim i manualeve spitalore dhe OBSH,

- ✓ Këshillimi me drejtuesit dhe personelin përkatës në lidhje me sigurinë dhe shëndetin në punë të infermierët.
- ✓ Mbledhja e të dhënave nëpërmjet anketimit.

4.6. Procesi i mbledhjes së të dhënave

a.Rishikimi i literaturës. U realizua rishikimi i gjithë elementëve të kërkimit për të vlerësuar vetëm të dhënat me evidencë shkencore apo ligjore.

b.Klasifikimi i informacionit. Klasifikimi i informacionit u bë nga koncepte të përgjithshme në ato specifike dhe nga të dhënat ndërkombëtare dhe ato kombëtare. Çdo paragrafi të reduktuar, ju vendos një numër specifik në bibliografi.

c.Zgjedhja e instrumentit. U panë disa studime mbi vlerësimet dhe kujdesjet infermiore ndaj pacientëve me HIV dhe u përzgjodh një prej tyre, prej të cilit, u përshtatën dy pyetësor të vetadministruar. Prej datës 30 prill deri në 15 qershor, u shpërndanë pyetësorët në shërbimet infektiv, pediatri në QSUT dhe SRV.

d.Pretestimi. U përgatitën dy pyetësor si instrument të aplikuar, një pyetësor për evidentimin e kujdesjeve infermiore ndaj pacientëve me HIV, i cili u testua në tre infermiere të shërbimit të shërbimit Infektiv, dhe Pediatrisë, të cilët nuk u përfshin në studim, për të parë nëse pyetësorët përmbanin apo jo pyetje të pakuptueshme ose me dy kuptime.

U panë që pyetësorët nuk kishin probleme në kuptimin e pyetjeve. Gjithashtu pyetësori i dytë u përpilua për të evidentuar perceptimet e pacientëve me HIV ndaj kujdesit infermior.

e.Testimi. U shpërndanë pyetësorët në shërbimet infektiv, dhe pediatri të QSUT dhe SRV. Testimi u krye në mënyrë të drejtpërdrejtë dhe infermierët patën kohën e nevojshme për tu përgjigjur pyetjeve.

f.Grupimi dhe numërimi. U grupuan pyetësorët sipas shërbimeve përkatëse. Numërimi u bë me programin statistikor SPSS 17.0 dhe Excel, duke përfutur informacion të paraqitur në tabela dhe grafikë.

g.Kodimi. Hedhja e të dhënave në kompjuter dhe editimi. Në çdo pyetje me kategori përkatëse iu vendos nga një numër.

h.Analiza statistikore e të dhënave.

Analiza statistikore e të dhënave u krye në SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 18.0).

Analiza deskriptive:

Për variablat e vazhduar. U paraqitën madhësitë si mesatarja aritmetike, mediana dhe moda si dhe madhësitë e dispersionit-varianca de deviacioni standard (SD).

Për variablat kategorikë. U paraqitën frekuencat absolute dhe relative respektive.

4.7 Testet statistikore të përdorura

U përdorën:

Testi **Hi-katror** (χ^2): për krahasimin e përqindjes së variablave kategorike.

Regresioni logjistik -Raporti i gjasave OR me intervalin e besimit 95%CI-për vlerësimin e shoqërimit të kujdesit shëndetësor në dimensionet e ndryshme të trajtuara.

Testi **Mann Whitney U**, për krahasimin e moshës së pacientëve sipas gjinisë.

4.8. Procesi i tabelimit, analiza e të dhënave dhe rezultatet

a.Paraqitja. Kërkimi është paraqitur në tabela dhe grafikë sipas rregullave për elaborimin dhe mbrojtjen e tezës Doktoraturë për marrjen e Doktor Shkencash në Shkenca Infermiore

KAPITULLI V

ANALIZA E REZULTATEVE

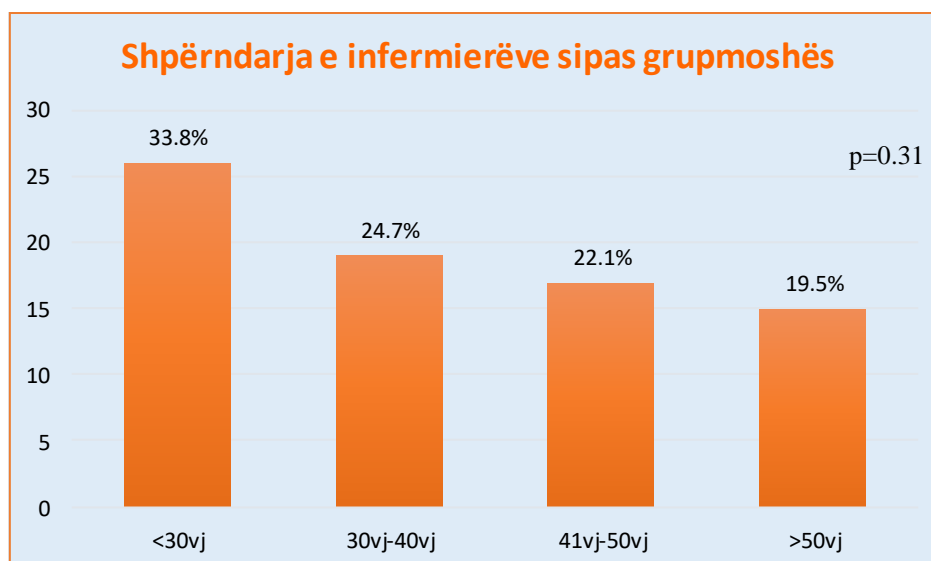
PARAQITJA E TË DHËNAVE SOCIODEMOGRAFIKE TË INFERMIERËVE

Fillimisht janë paraqitur të dhënat sociodemografike të infermierëve të intervistuar në të dy shërbimet shëndetësore, përkatësisht QSUT dhe SRV, e më pas të pacientëve me HIV të intervistuar në shërbimin përkatës në QSUT.

KARAKTERISTIKAT SOCIO- DEMOGRAFIKE TË INFERMIERËVE NË STUDIM

Tabela 5.1 Shpërndarja e infermierëve sipas grupmoshës

Grupmosha	N	%
< 30 vj	26	33,8
30 vj-40 vj	19	24,7
41vj-50 vj	17	22,1
> 50 vj	15	19,5
Totali	77	100,0



Grafiku 5.1. Shpërndarja e infermierëve sipas grupmoshës

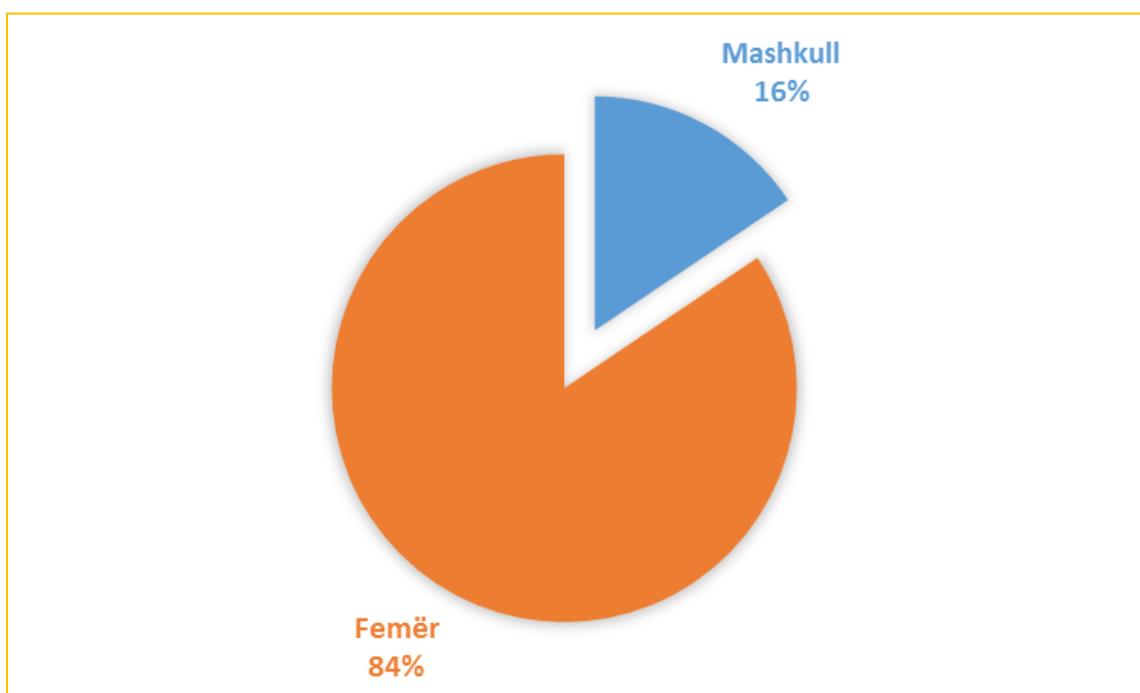
Në tabelën dhe grafikun 5.1, është paraqitur shpërndarja e infermierëve sipas grupmoshës. Kështu, mes infermierëve të intervistuar u vu re se:

- 26 ose 33,8% e tyre ishin të moshës më të vogël se 30 vjeç;
- 19 ose 24,7% e tyre ishin 30-40 vjeç;
- 17 infermierë ose 22,1% prej tyre ishin të moshës 41- 50 vjeç dhe
- 15 infermierë ishin të moshës më të madhe se 50 vjeç.

Vihet re një ulje e lehtë e numrit të infermierëve me rritjen e moshës në grupin e intervistuar, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm mes grupmoshave. (p=0.31)

Tabela 5.2 Shpërndarja e infermierëve sipas gjinisë

Gjinia	N	%
Mashkull	12	15,6
Femër	65	84,4
Totali	77	100,0

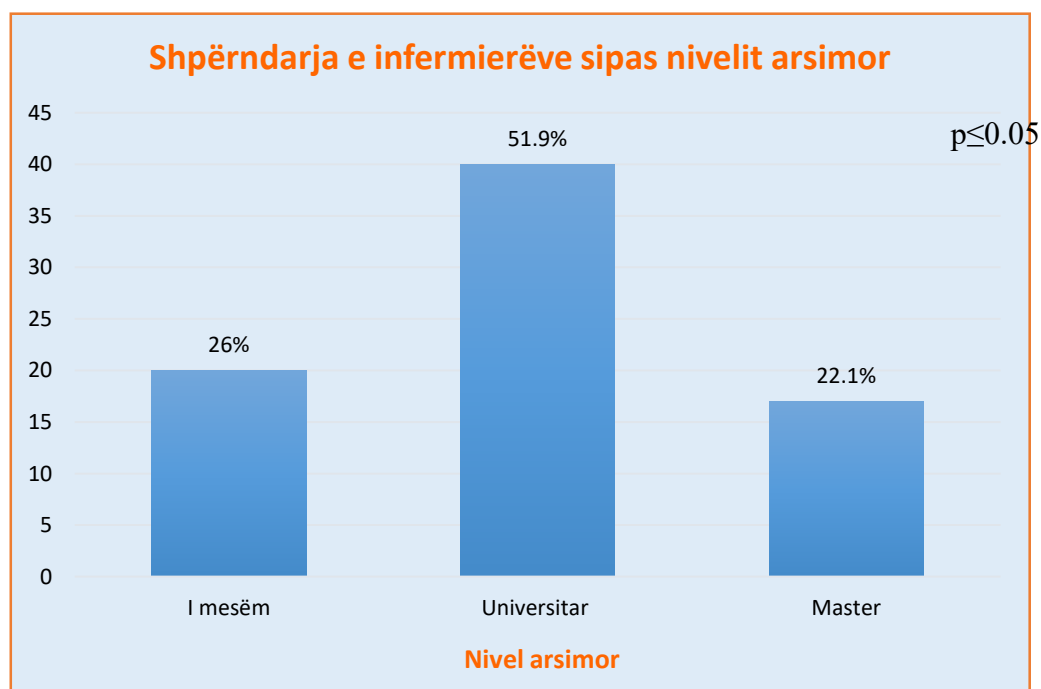


Grafiku 5.2 Shpërndarja e infermierëve sipas gjinisë

Mes infermierëve të intervistuar, u vu re se kishte një dominim të gjinisë femërore, ku 65 (84.4%) infermiere ishin femra dhe 12 (15,6%) ishin meshkuj, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm.

Tabela 5.3 Shpërndarja e infermierëve sipas nivelit arsimor

Arsimi	N	%
I mesëm	20	26.0
Universitar	40	51.9
Master	17	22.1
Totali	77	100.0



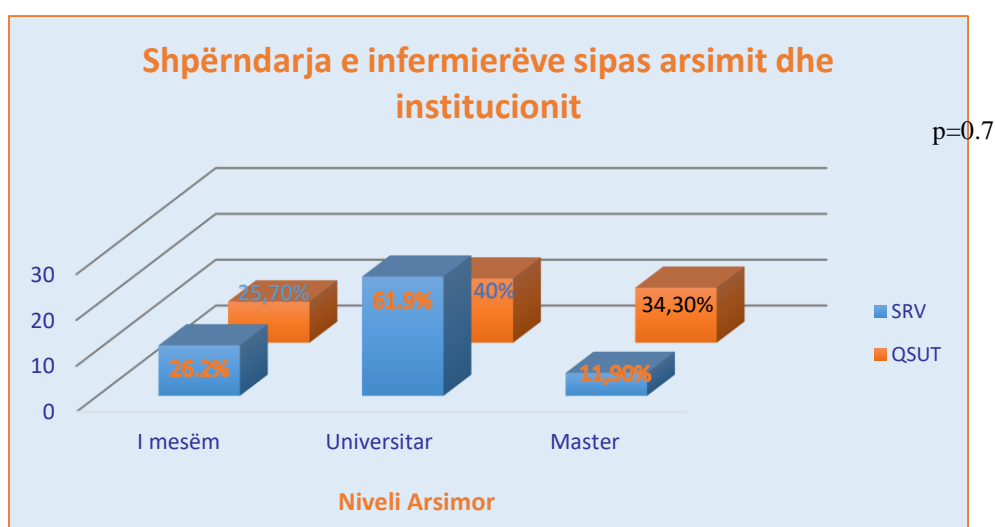
Grafiku 5.3 Shpërndarja e infermierëve sipas nivelit arsimor

Në tabelën 5.3 dhe grafikun 5.3 vihet re se:

- 40 infermierë ose 51,9% e tyre kanë përfunduar arsimin universitar, ndërkohë që
- 20 ose 26% e infermierëve vetëm arsimin e mesëm, dhe
- 17 infermierë ose 22.1% arsimin e nivelit të dytë master, me ndryshime statistikiisht të rëndësishme ($p \leq 0.05$).

Tabela 5.4. Shpërndarja e infermierëve në SRV dhe QSUT sipas nivelit arsimor

Arsimi	Spitali Rajonal Vlorë (n, %)	QSUT, Tiranë (n, %)	Totali
I mesëm	11 (26,2)	9 (25,7)	20
Universitar	26 (61,9)	14 (40)	40
Master	5 (11,9)	12 (34,3)	17
Totali	42	35	77

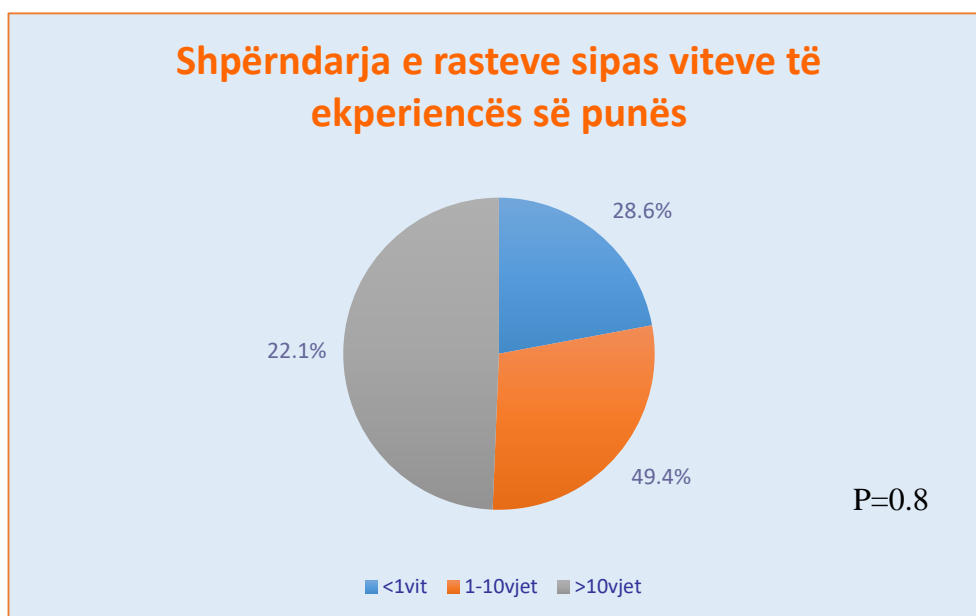


Grafiku 5.4 Shpërndarja e infermierëve në SRV dhe QSUT sipas nivelit arsimor

Nga tabela dhe grafiku 5.4 lidhur me shpërndarjen dhe krahasimin e nivelit arsimor mes infermierëve të pavioneve në Spitalin Rajonal të Vlorës dhe QSUT-së, Tiranë, u vu re se me arsim të mesëm ishin 11 (26,2%) infermierë të Spitalit Rajonal Vlorë dhe 9 (25,7%) të QSUT-së; me arsim universitar ishin 26 (61,9%) infermierë të Spitalit të Vlorës dhe 14 (40%) prej infermierëve të QSUT-së; ndërkohë që me studime pasuniversitare të nivelit master rezultuan të ishin 5 (11,9%) prej infermierëve të Spitalit Rajonal Të Vlorës dhe 12 (34,3%) prej infermierëve të QSUT. Pas analizës së këtyre rezultateve me testin Chi- square, nuk pati ndryshime sinjifikante mes nivelit arsimor të infermierëve të Spitalit Rajonal të Vlorës dhe QSUT-së në Tiranë. ($\chi^2=6.09$, $p=0.7$).

Tabela 5.5 Shpërndarja e infermierëve sipas viteve të eksperiencës së punës

Eksperienca	N	%
< 1 vit	17	22,1
1-10 vjet	22	28,6
> 10 vjet	38	49,4
Total	77	100,0



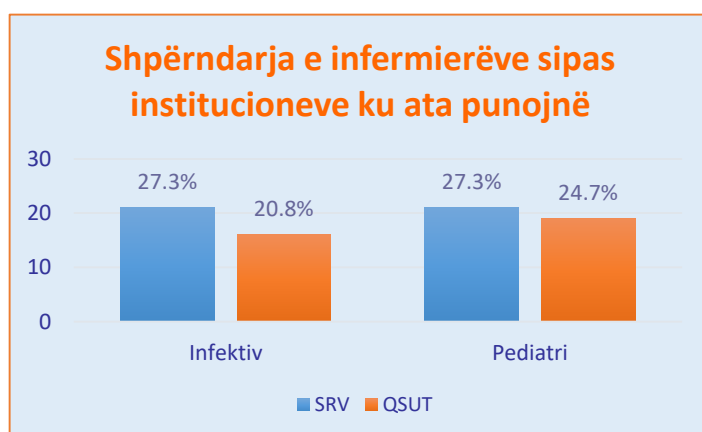
Grafiku 5.5. Shpërndarja e infermierëve sipas viteve të eksperiencës së punës

Nga tabela dhe grafiku 5.5 u vu re se:

- 38 infermierë ose (49,4%) e tyre kanë një eksperiencë më shumë se 10 vjet në institucionin ku ata aktualisht punojnë,
- 22 (28.6%) infermierë kanë 1-10 vjet eksperiencë dhe
- 17 ose 22.1% e tyre kanë më pak se 1 vit eksperiencë, pa ndryshim statistikiisht të rëndësishëm ($p=0.8$)

Tabela 5.6 Shpërndarja e infermierëve sipas institucionit ku ata punojnë

Institucioni	N	%
Infektiv QSUT	16	20,8
Infektiv Vlorë	21	27,3
Pediatri QSUT	19	24,7
Pediatri Vlorë	21	27,3
Totali	77	100,0



p=0.9

p≥0.05

Grafiku 5.6 Shpërndarja e infermierëve sipas institucionit ku ata punojnë

Infermierët e intervistuar janë marrë nga pavione të Infektivit dhe Pediatri, përkatësisht pranë QSUT-së Tiranë dhe Spitalit Rajonal të Vlorës. Kështu, punonjës të infektivit kanë qënë përkatësisht 16 ose 20.8% nga QSUT dhe 21 ose 27.3% nga Spitali Rajonal i Vlorës. Ndërkohë që nga pavioni i Pediatri kanë qënë 19 ose 24.7% e infermierëve nga QSUT, dhe 21 ose 27.3% nga Spitali Rajonal i Vlorës, pa ndryshim statistikiqsh të rëndësishëm mes dy institucioneve përkatësisht në pavionet e pediatri dhe infektivit (p=0.9).

KARAKTERISTIKAT DEMOGRAFIKE TË PACIENTËVE TË PËRFSHIRË NË STUDIM

Tabela. 5.7 Tabelë përmbledhëse mbi karakteristikat demografike të pacientëve

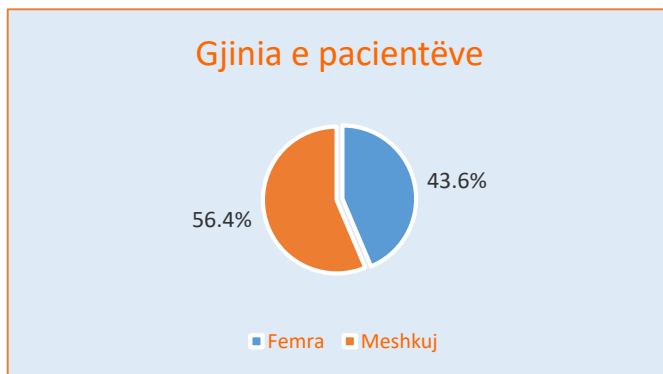
Variablat	Pacientë (n=55)		P
	N	%	
Gjinia			
Femra	24	43,6	
Meshkuj	31	56,4	p=0.7
Mosha (mesatare, SD)	33,3 (7,98)		
Vendlindja			
Qytet	45	81.8	p≤0.001
Fshat	10	18.2	
Niveli arsimor			
I mesëm	9	16.3	
Universitar	34	61.8	
Master	12	21.8	p≤0.001
Gjendja Civile			
Beqar	21	38.2	p≤0.001
I/e Martuar	10	18.2	
I/e Ve	12	21.8	
I/e divorcuar	1	1.8	
Bashkëjetesë	11	20.0	
Profesioni			
Student	10	18.2	p=0.6
Shtëpiak	2	3.6	
Punëtor i/e varur	22	40.0	
Punëtor i/e pavarur	8	14.5	
I/e papunë	13	23.6	
Student	10	18.2	

Nga tabela 5.7 u vu re se:

- 43,6% e pacientëve ishin femra dhe 54,6% ishin meshkuj
- 81,8% e pacientëve ishin me vendlindje në qytet dhe 18,2% me vendlindje në fshat
- 38,2% e pacientëve ishin beqar.
- 21,8% ishin të ve.
- 20% bashkëjetonin.
- 18,2% ishin të martuar.
- 1,8% ishin të divorcuar.
- Sa i përket profesionit 40% ishin punëtorë të pavarur.
- 23,6% ishin të papunë.
- 18,2% ishin student.
- 14,5% punëtorë të pavarur.

Tabela 5.8 Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë

Pacientë	N	%
Femra	24	43.6
Meshkuj	31	56.4
Totali	55	100



Grafiku 5.8 Shpërndarja e pacientëve sipas gjinisë

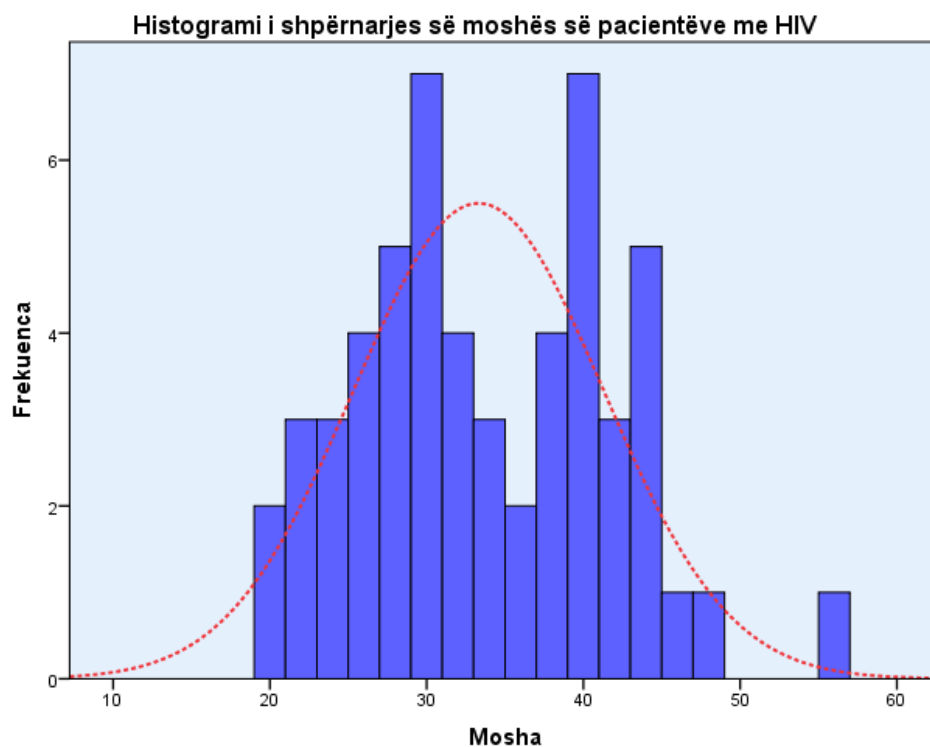
Nga tabela dhe grafiku 5.8 u vu re se:

- 24 (43,6%) të pacientëve ishin femra, ndërkohë që
- 31 (56,4%) e tyre ishin meshkuj.

Tabela 5.9 Përmbledhje e statistikave lidhur me moshën e pacientëve

Madhësia e kampionit	55
Mosha më e vogël	20
Mosha më e madhe	55
Mosha mesatare	33.31
95%CI për mesataren	31,1- 35,2
Mediana	32.00
Deviacioni Standard (SD)	7.98

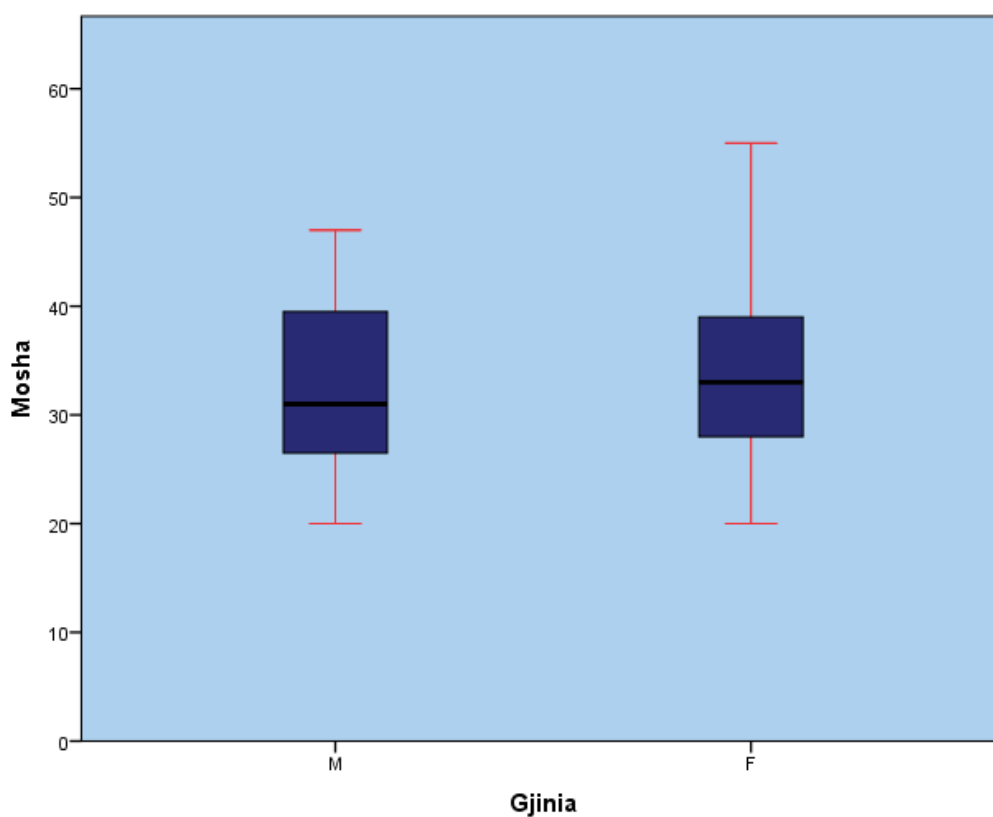
Mosha mesatare e 55 pacientëve të intervistuar ishte 33,3 vjeç, me një devijacion standart prej 7,98 vitesh ku mosha më e vogël e pacientëve ishte 20 vjeç dhe ajo më e madhe ishte 55 vjeç.



Grafiku 5.9 Histogrami i moshës së pacientëve të përfshirë në studimin tonë
Siç mund të vihet re nga grafiku i mësipërm moshë e pacientëve nuk i nënshtrohet shpërndarjes normale.

Tabela 5.10 Krahasimi i moshës së pacientëve sipas gjinisë

Gjinia	Mosha mesatare
Meshkuj	$33,2 \pm 8$ vjeç
Femra	$33,4 \pm 8$ vjeç

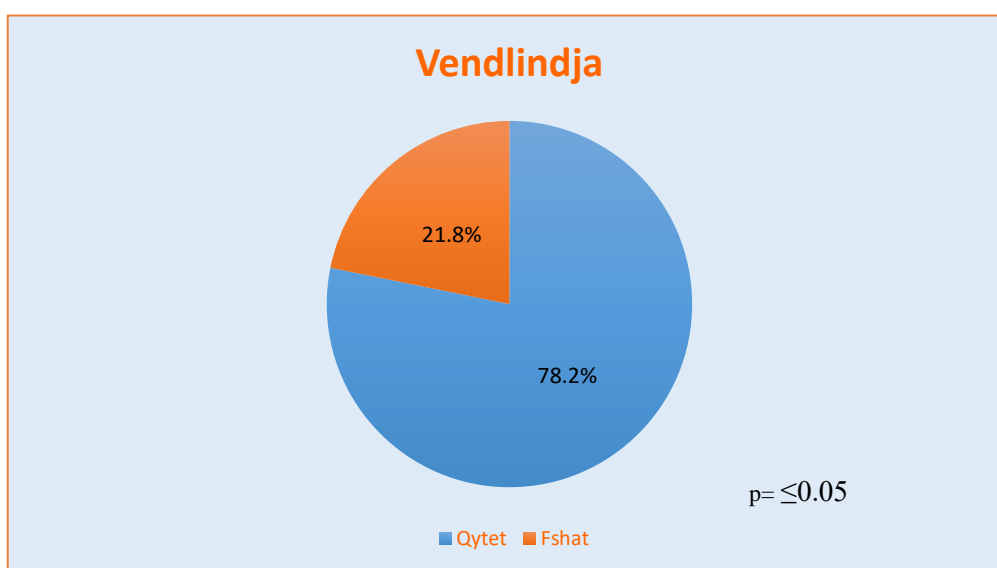


Grafiku 5.10 Krahasimi i moshës së pacientëve sipas gjinisë

Mosha mesatare e pacientëve meshkuj në studim është $33,2 \pm 8$ vjeç, ndërsa mosha mesatare e femrave është $33,4 \pm 8$ vjeç, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (Mann Whitney $U = -3.6$; $p = 0.8$)

Tabela 5.11 Shpërndarja e pacientëve sipas vendlindjes

Vendlindja	N	%
Qytet	43	78,2
Fshat	12	21,8
Totali	55	100,0

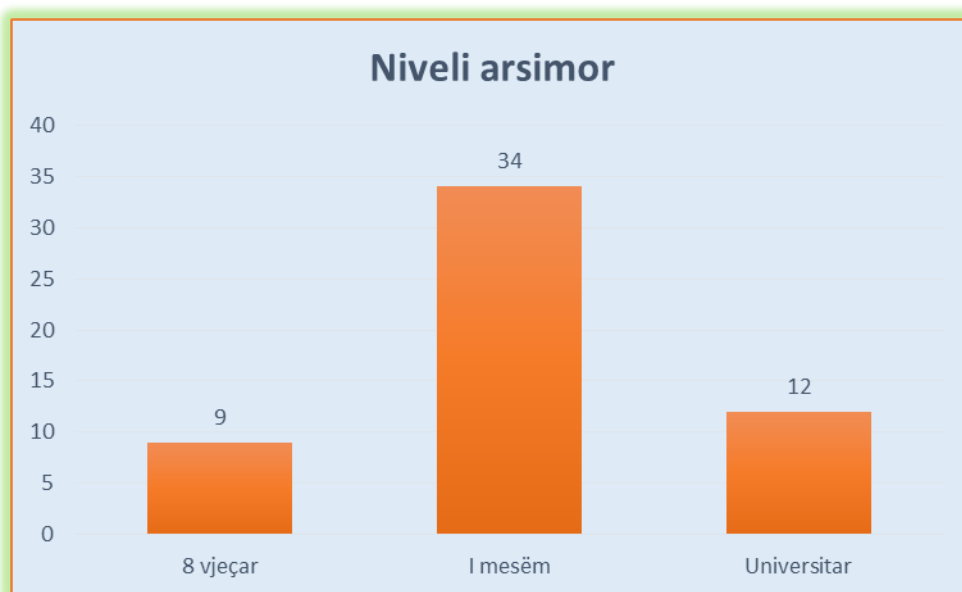


Grafiku 5.11 Shpërndarja e pacientëve sipas vendlindjes

Nga tabela dhe grafiku 5.11 vihet re se 78.2% e pacientëve ose 43 pacientë kishin lindur në zona rurale kundrejt 21.8% të pacientëve të cilët kishin lindur në zona urbane, me ndryshim statistikiisht të rëndësishëm mes tyre ($p \leq 0.05$).

Tabela 5.12 Shpërndarja e pacientëve sipas nivelit arsimor

Niveli arsimor	N	%
8 vjeçar	9	16.3
I mesëm	34	61.8
Universitar	12	21.8
Totali	55	100



Grafiku 5.12 Shpërndarja e pacientëve sipas nivelit arsimor

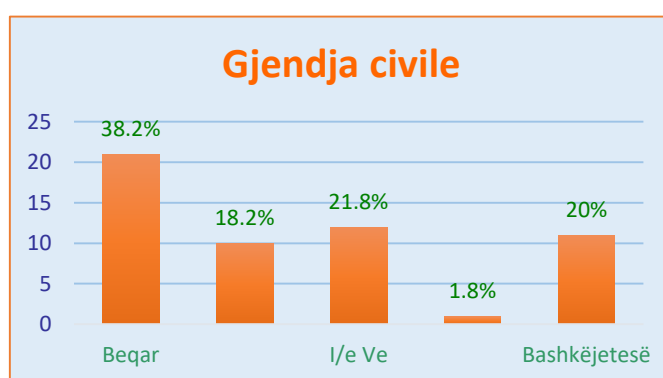
Mes pacientëve të intervistuar u vu re se:

- 9 pacientë (16.1%) ishin me arsim 8 vjeçar,
- 34 pacientë (61.8%) ishin me arsim të mesëm dhe
- 12 pacientë (21.8%) ishin me arsim të lartë universitar.

Kështu vihet re se kemi një dominim të pacientëve të cilët kanë përfunduar arsimin e mesëm (61.8%), me ndryshim statistikor të rëndësishëm mes tyre ($p \leq 0.05$).

Tabela 5.13 Shpërndarja e rasteve sipas gjendjes civile

Gjendja civile	N	%
Beqar	21	38,2
I/e Martuar	10	18,2
I/e Ve	12	21,8
I/e divorcuar	1	1,8
Bashkëjetesë	11	20,0
Totali	55	100



p=0.001

Grafiku 5.13 Shpërndarja e pacientëve sipas gjendjes civile

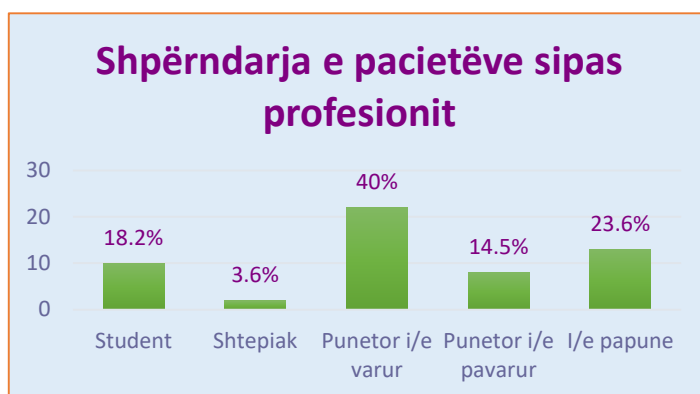
Nga tabela dhe grafiku i mësipërm shohim shpërndarjen e pacientëve të përfshirë në studim sipas gjendjes së tyre civile. Kështu:

- 21 pacientë (38.2%) rezultuan të ishin beqarë,
- 10 pacientë (18.2%) rezultuan të ishin të martuar,
- 12 pacientë (21.8%) rezultuan të ishin të ve,
- vetëm një pacient (1.8%) rezultoi të ishte i divorcuar dhe
- 11 pacientë (20%) ishin në bashkëjetesë aktualisht.

Vihet re se kemi një dominim të pacientëve beqarë, të ndjekur nga pacientë të ve, e më pas në bashkëjetesë dhe më pak raste të pacientëve të martuar dhe vetëm një rast pacienti i cili ishte i divorcuar, me ndryshim statistikisht të rëndësishm mes grupeve (p=0.001).

Tabela 5.14 Shpërndarja e rasteve sipas profesionit

Profesioni	N	%
Student	10	18.2
Shtëpiak	2	3.6
Punëtor i/e varur	22	40
Punëtor i/e pavarur	8	14.5
I/e papunë	13	23.6
Total	55	100



$p \leq 0.05$

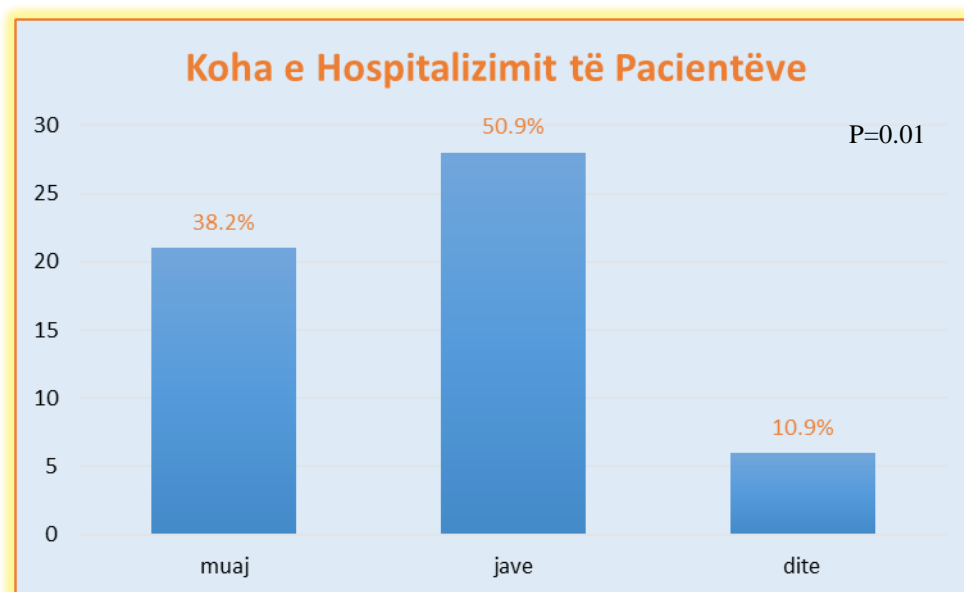
Grafiku 5.14 Shpërndarja e rasteve sipas profesionit

Lidhur me profesionin e pacientëve:

- 22 ose 40% prej tyre ishin të punësuar të varur nga një institucion,
- 13 pacientë ose 23,6% e tyre ishin të papunë,
- 10 pacientë ose 18,2% e tyre ishin studentë,
- 8 pacientë ose 14,5% e tyre rezultuan të ishin të vetëpunësuar/punëtorë të pavarur.
- 2 pacientë ose 3,6% e tyre ishin shtëpiake, me ndryshime statistikiisht të rëndësishme ($p=0.006$).

Tabela 5.15 Shpërndarja e pacientëve sipas kohës së hospitalizimit me HIV

Koha	N	%
Muaj	21	38,2
Javë	28	50,9
Ditë	6	10,9
Total	55	100,0



Grafiku 5.15 Shpërndarja e pacientëve sipas kohës së hospitalizimit me HIV

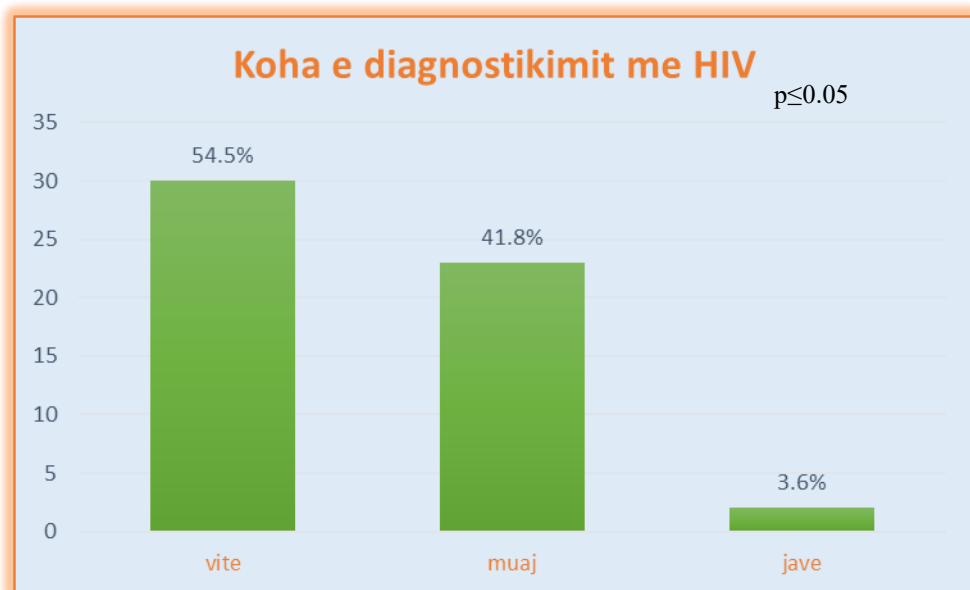
Pacientët e intervistuar u pyetën lidhur me kohën e hospitalizimit. Kështu:

- 21 pacientë (38.2%) kishin jo më shumë se 1 apo më shumë muaj hospitalizimi,
- 8 pacientë (50.9%) kishin jo më shumë se disa javë që ishin hospitalizuar, dhe
- 6 pacientë (10.9%) kishin jo më shumë se disa ditë që ishin hospitalizuar.

Mes pacientëve dominojnë pacientë të shtruar prej disa javësh për trajtim shëndetësor, me ndryshim statistikisht të rëndësishm mes grupeve (p=0.01).

Tabela 5.16 Shpërndarja e pacientëve sipas kohës së diagnostikimit me HIV

Koha e diagnostikimit me HIV	N	%
Vite	30	54,5
Muaj	23	41,8
Javë	2	3,6
Total	55	100,0



Grafiku 5.16 Shpërndarja e pacientëve sipas kohës së diagnostikimit me HIV

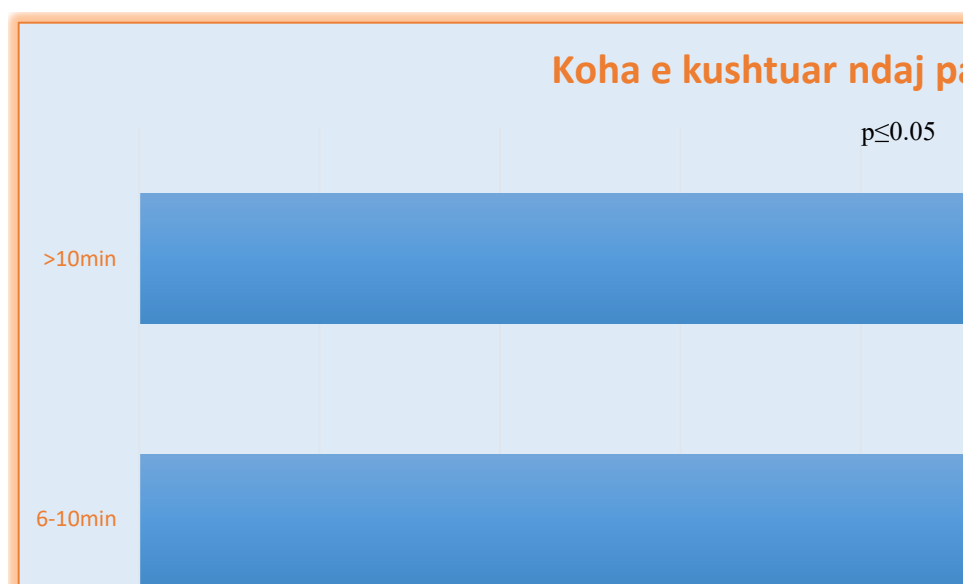
Nga tabela dhe grafiku vëmë re se:

- 30 pacientë (54.5%) kanë vite që janë diagnostikuar me HIV.
- 23 pacientë (41.8%) kanë muaj që janë diagnostikuar me HIV.
- 2 pacientë (3.6%) kanë javë që janë diagnostikuar me HIV.

Vihet re se kemi shumë pak pacientë të cilët kanë pak javë që janë diagnostikuar me HIV, kundrejt atyre që kanë vite dhe muaj që e kanë zbuluar sëmundjen e tyre, me ndryshim sinjifikant mes tyre ($p \leq 0.05$).

Tabela 5.17 Shpërndarja e infermierëve sipas kohës kushtuar pacientit

Koha	N	%
0 - 5 min	10	13,0
6 - 10 min	36	46,8
> 10 min	31	40,3
Total	77	100,0



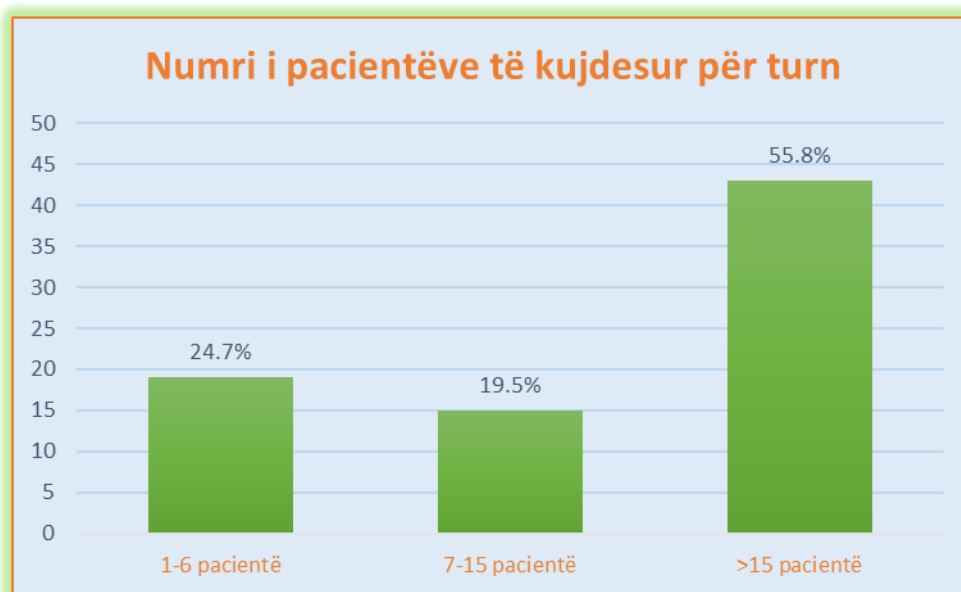
Grafiku 5.17 Shpërndarja e infermierëve sipas kohës kushtuar pacientit

Një indikator tepër i rëndësishëm në kujdesin infermieror ndaj pacientëve është edhe koha të cilën ata i kushtojnë pacientit me qëllim kujdesin shëndetësor. Kështu:

- 13% e infermierëve deklarojnë se u kushtojnë pacientëve jo më shumë se 5 minuta për kujdes shëndetësor;
- 36 infermierë, ose 46,8% e tyre pohojnë ti kushtojnë pacientit 6- 10 minuta për kujdes shëndetësor dhe
- 31 infermierë deklarojnë se i kushtojnë më shumë se 10 minuta për kujdes shëndetësor pacientëve të tyre, me ndryshime statistikore të rëndësishme ($p= 0.006$).

Tabela 5.18 Shpërndarja e infermierëve sipas numrit të pacientëve të kujdesur për turn

Numri i pacientëve	N	%
1 - 6 pacientë	19	24,7
7 - 15 pacientë	15	19,5
> 15 pacientë	43	55,8
Total	77	100,0

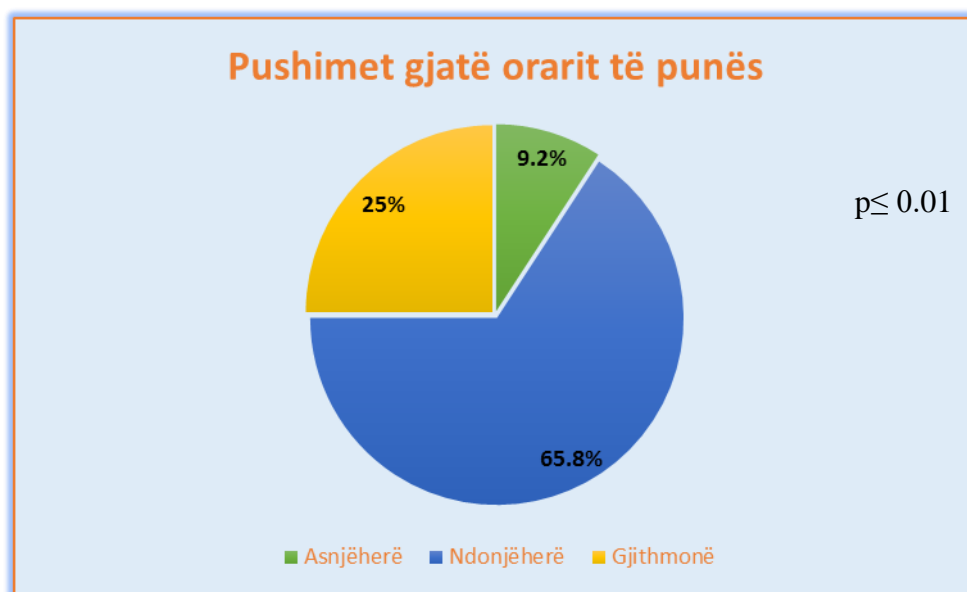


Grafiku 5.18 Shpërndarja e infermierëve sipas numrit të pacientëve të kujdesur për turn

Siç mund të vihet re, ka një dominim të infermierëve të cilët duhet të kujdesen për më shumë se 15 pacientë në një turn (43 ose 55,8% e tyre); duke u ndjekur nga 19 infermierë (24,7%) të cilët duhet të kujdesen për 1-6 pacientë për turn dhe 15 infermierë të cilët duhet të kujdesen për 7-15 pacientë për turn, me ndryshim statistikor të rëndësishëm mes kategorive të mësipërme. ($p \leq 0.01$)

Tabela 5.19 Shpërndarja e infermierëve sipas pushimit që bëjnë gjatë orarit të punës

Pushimet	N	%
Asnjëherë	7	9,2
Ndonjëherë	50	65,8
Gjithmonë	19	25,0
Total	77	100,0

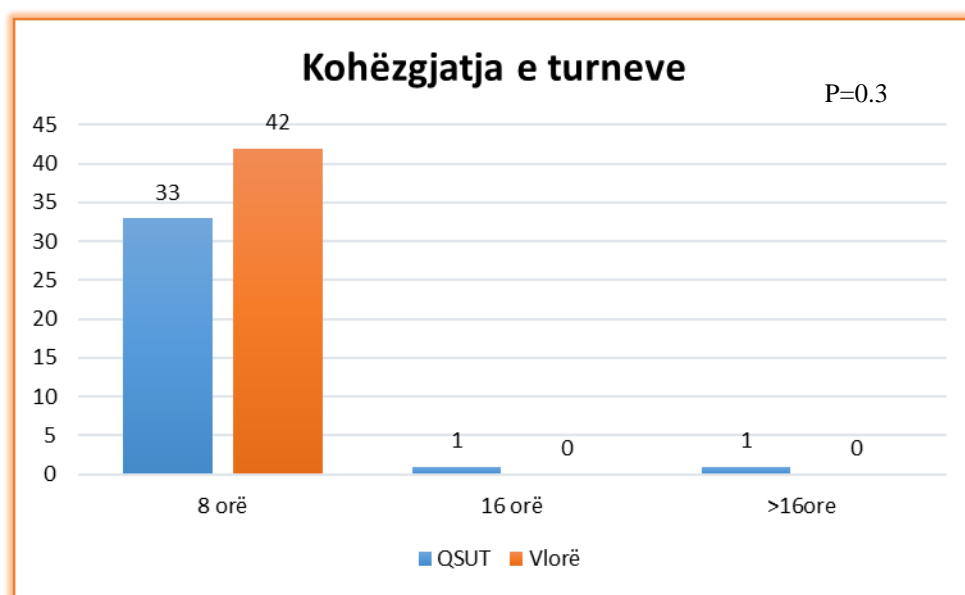


Grafiku 5.19 Shpërndarja e infermierëve sipas pushimit që bëjnë gjatë orarit të punës

Lidhur me pushimet që personeli infermior merr gjatë orarit të punës, u vu re se vetëm 7 individë kanë deklaruar se nuk marrin asnjëherë pushim gjatë punës, 19 ose 25% prej tyre kanë pohuar se marrin gjithmonë pushim gjatë orarit të punës dhe pjesa më e madhe prej tyre, 65,8% ose 50 individë kanë deklaruar se marrin ndonjëherë pushime gjatë orarit të punës, me ndryshime statistkisht të rëndësishme mes kategorive. ($p \leq 0.01$)

Tabela 5.20 Shpërndarja e infermierëve sipas kohëzgjatjes së turneve në varësi të institucionit ku punojnë

Kohëzgjatja e turnit	QSUT	%	Spitali Rajonal Vlorë	%
8 orë	33	94,3	42	100,0
16 orë	1	2,9	0	0,0
> 16 orë	1	2,9	0	0,0
Total	35	45,5	42	54,5



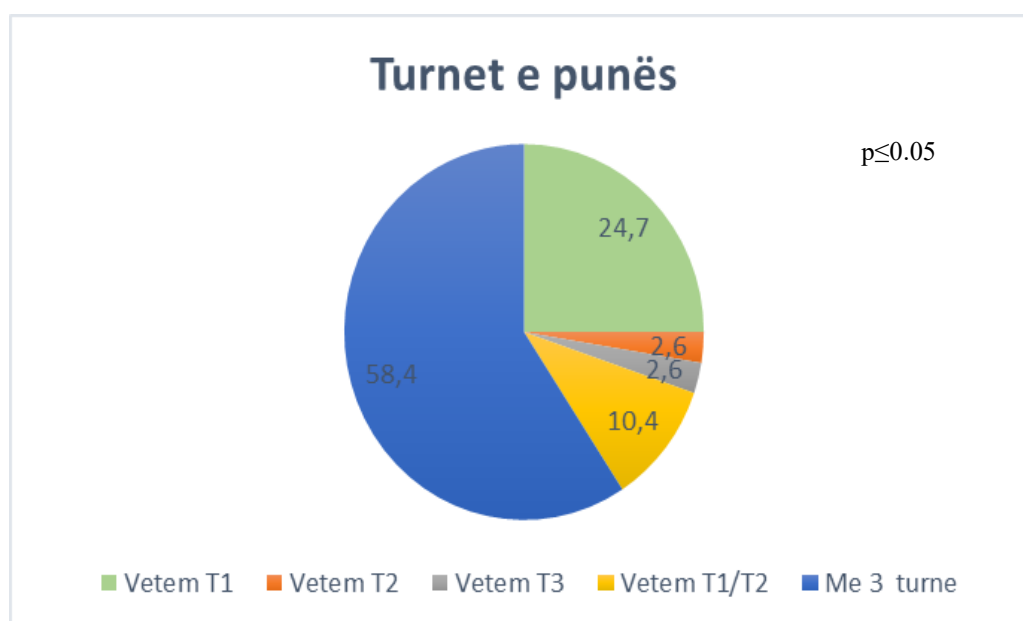
Grafiku 5.20 Shpërndarja e infermierëve sipas kohëzgjatjes së turneve në varësi të institucionit ku punojnë

Një tregues tepër i rëndësishëm për efektivitetin e punës së personelit infermior është edhe kohëzgjatja e turnit të punës. Kështu, siç paraqitet në tabelën dhe grafikun 1.10, u vu re se:

- 97,4% e personelit infermior të intervistuar punonin me turne 8-orarëshe; ndërkohë që:
- vetëm një infermier ka pohuar të punoj me turn 16 orarësh, dhe
- një tjetër me turn më të gjatë se 16 orë. Nga Spitali Rajonal i Vlorës u vu re se i gjithë personeli infermior i intervistuar punonte me turne 8 orarëshe dhe asnjë me turne më të zgjatura, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ($\chi^2 = 2.49$, $p = 0.3$).

Tabela 5.21 Shpërndarja e infermierëve sipas turneve të punës

Turnet e punës	N	%
Vetëm turni i I	19	24,7
Vetëm turni i II	2	2,6
Vetëm turni III	2	2,6
Vetëm turni I dhe II	8	10,4
Me III turne	46	56,7
Total	77	100,0



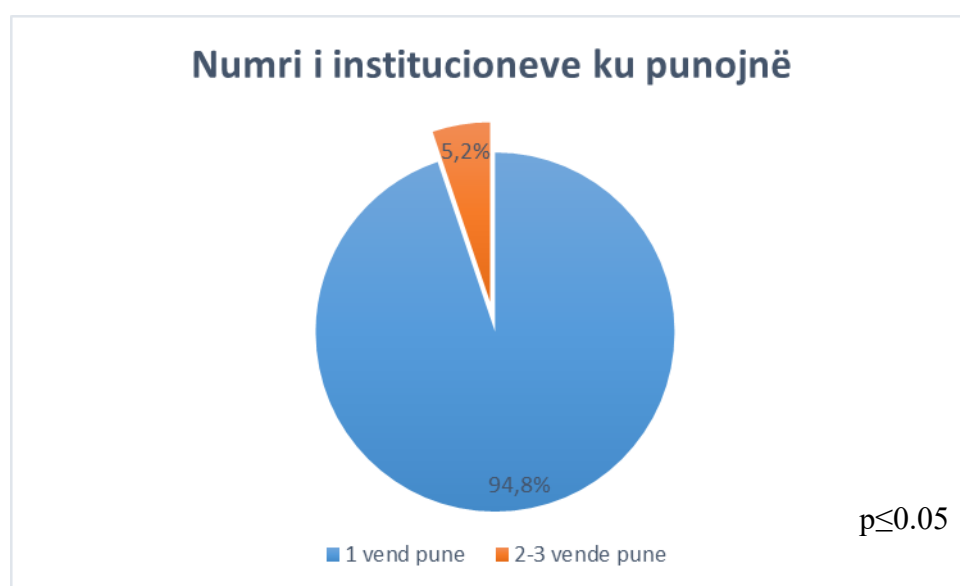
Grafiku 5.21 Shpërndarja e infermierëve sipas turneve të punës

U vu re se:

- 46 ose 56.7% e personelit infermieror të intervistuar punonin me turne të kombinuara, pra me rradhë të përcaktuar duke alternuar mes turnit të parë, të dytë dhe atij të tretë;
- 24,7% ose 19 infermierë punojnë vetëm turnin e parë;
- 8 ose 10,4% e infermierëve punojnë vetëm turni i parë dhe i dytë dhe vetëm nga
- 2 infermierë kanë deklaruar se punojnë vetëm turnin e parë apo të dytë, me ndryshime statistkisht të rëndësishme ($p < 0.05$).

Tabela 5.22 Numri i institucioneve ku punojnë infermierët

Numri i institucioneve	N	%
1 vend pune	73	94,8
2-3 vende pune	4	5,2
Më shumë se 3 vende pune	0	0,0
Total	77	100,0

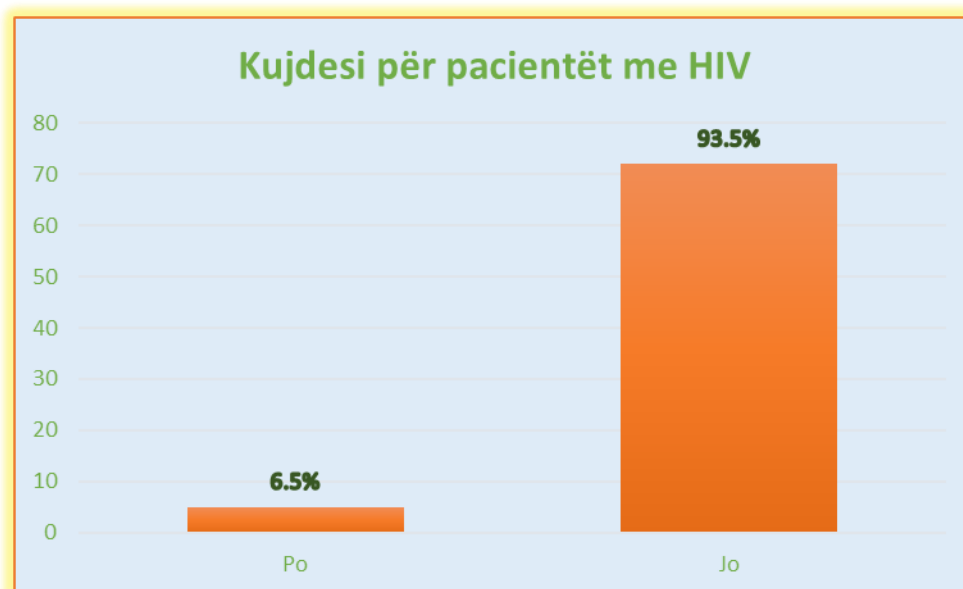


Grafiku 5.22 Numri i institucioneve ku punojnë infermierët

Lidhur me numrin e institucioneve ku infermierët punojnë u vu re se 94,8% e tyre ose - 73 infermierë punonin vetëm në një institucion,
- 4 infermierë ose 5,2% e tyre në 2-3 institucione dhe
- asnjë prej infermierëve të intervistuar nuk punonin në më shumë se 3 vende pune, me ndryshim statistikor të rëndësishëm ($p \leq 0.05$).

Tabela 5.23 Shpërndarja e infermierëve sipas kujdesit për pacientët HIV

Kujdesi për pacientët me HIV	N	%
Po	5	6.5
Jo	72	93.5
Total	77	100,0

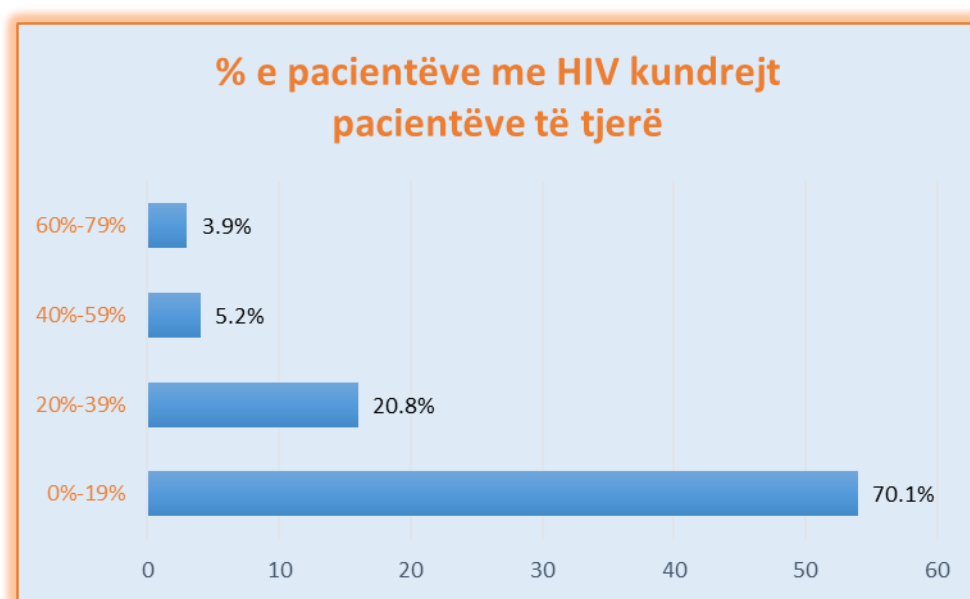


Grafiku 5.23 Shpërndarja e infermierëve sipas kujdesit për pacientët HIV

U vu re se mes personelit infermieror të intervistuar 72 ose 93,5% prej tyre pohuan të ishin kujdesur për pacientë me HIV dhe vetëm 5 prej tyre e mohuan një gjë të tillë. Duhet theksuar se mes personelit infermieror të Spitalit të Vlorës kujdesi apo hasja e kujdesit shëndetësor infermieror ishte më e rrallë në periudhë kohore, pasi edhe ato raste të pacientëve me HIV referohen më pas për në qendrën e kujdesit në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë.

Tabela 5.24 Pacientët me HIV kundrejt pacientëve të tjerë

Pacientët	N	%
0%-19%	54	70,1
20%-39%	16	20,8
40%-59%	4	5,2
60%-79%	3	3,9
Total	77	100,0

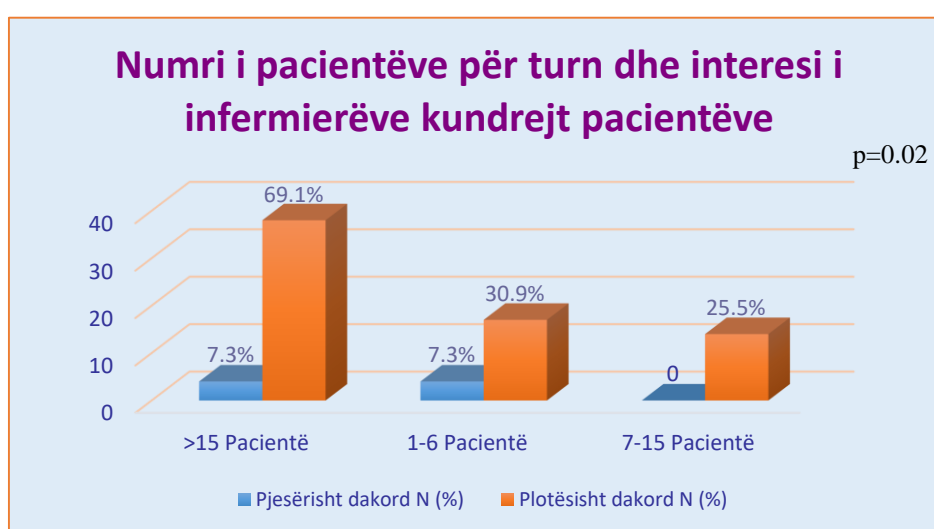


Grafiku 5.24 Shpërndarja e % që zënë pacientët me HIV kundrejt pacientëve të tjerë

- 54 (70,1%) pacientë përbëjnë 0%-19% të pacientëve të trajtuar nga personeli infermior.
- 16 (20,8%) pacientë përbëjnë 20%-39% të pacientëve të trajtuar nga personeli infermior.
- 4 (5,2%) pacientë përbëjnë 40%-59% të pacientëve të trajtuar nga personeli infermior.
- 3 (3,9%) pacientë përbëjnë 60%-79% të pacientëve të trajtuar nga personeli infermior, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm mes kategorive ($p \leq 0.005$).

Tabela 5.25 Lidhja mes Numrit të pacientëve të kujdesur për turn dhe interesin e treguar nga infermieri karshi pacientit

	Aspak dakord N (%)	Pjesërisht dakord N (%)	Plotësisht dakord N (%)	Totali
>15 Pacientë	0 (0.0)	4 (7.3)	38 (69.1)	42
1-6 Pacientë	0 (0.0)	4 (7.3)	17 (30.9)	21
7-15 Pacientë	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (25.5)	14
Totali	0	8	69	77



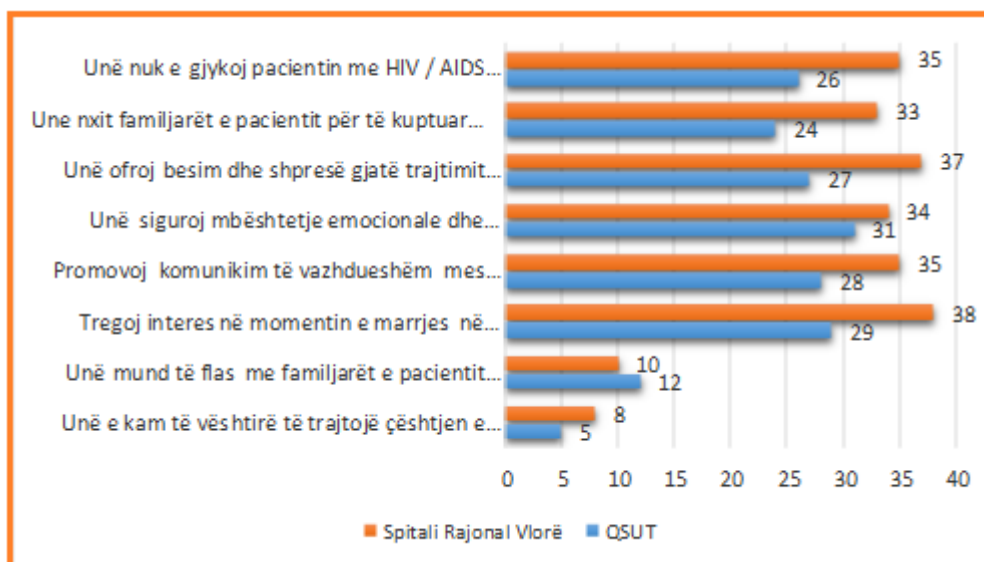
Grafiku 5.25 Lidhja mes numrit të pacientëve të kujdesur për turn dhe interesin e treguar nga infermieri karshi pacientit

Nga tabela dhe grafiku është paraqitur kombinimi i numrit të pacientëve të kujdesur nga infermierët për çdo turn dhe interesin e treguar lidhur me kujdesin shëndetësor ndaj pacientëve me HIV. Kështu, vihet re se asnjë nga infermierët nuk ka deklaruar se fluksi i pacientëve të ketë ndikuar në interesin e treguar ndaj pacientëve gjatë orarit të punës. 4 infermierë (7.3%), të cilët janë përgjegjës për deri në 15 pacientë për turn kanë rënë pjesërisht dakord se tregojnë interes ndaj pacientëve me HIV; dhe 38 infermierët e tjerë kanë deklaruar se janë plotësisht dakord me deklaratën se tregojnë interesin e duhur kundrejt pacientëve me HIV. Mes 21 infermierëve të cilët kanë 1-6 pacientë për turn, 4 prej tyre kanë pohuar se janë pjesërisht dakord me faktin se tregojnë interes ndaj pacientit, ndërkohë që 17 infermierët e tjerë janë plotësisht dakord.

Të gjithë infermierët përgjegjës për deri në 15 pacientë për turn (14 infermierë) janë plotësisht dakord me faktin se tregojnë interesin e duhur ndaj pacientëve, me ndryshime statistikisht të rëndësishme mes grupeve ($\chi^2 = 3.88$, $p = 0.02$).

VLERËSIMI I QËNDRIMEVE TË INFERMIERËVE LIDHUR ME HIV/AIDS

Infermierët e intervistuar u testuan gjithashtu për qëndrimet e tyre lidhur me dimensionet, si ai psikologjik, social-familjar, stigma, diskriminimi, etj. Kështu më poshtë jepen rezultatet nga qëndrimi i infermierëve në pacientët me HIV/AIDS:



Grafiku 5.26.1. a Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV

Nga grafiku rezulton se: **lidhur me gjykimin e pacientëve me HIV nga ana e infermiereve**, 35 nga 42 infermieret e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se nuk e gjykojnë pacientin, krahasuar me 26 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me **nxitjen e familjarëve nga ana e infermierëve për të kuptuar rëndësinë e mbështetjes emocionale për pacientët me HIV**, 33 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se i nxitin familjarët, krahasuar me 24 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Përsa i përket **ofrimit të besimit dhe shpresës gjatë trajtimit dhe kujdesjes së pacientëve me HIV/AIDS**, 37 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se ofrojnë besim dhe shpresë gjatë trajtimit, krahasuar me 27 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me **sigurimin e mbështetjes emocionale dhe psikologjike të pacientit kur ai ka nevojë për atë**, 34 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se sigurojnë mbështetje emocionale dhe psikologjike të pacientit, krahasuar me 31 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

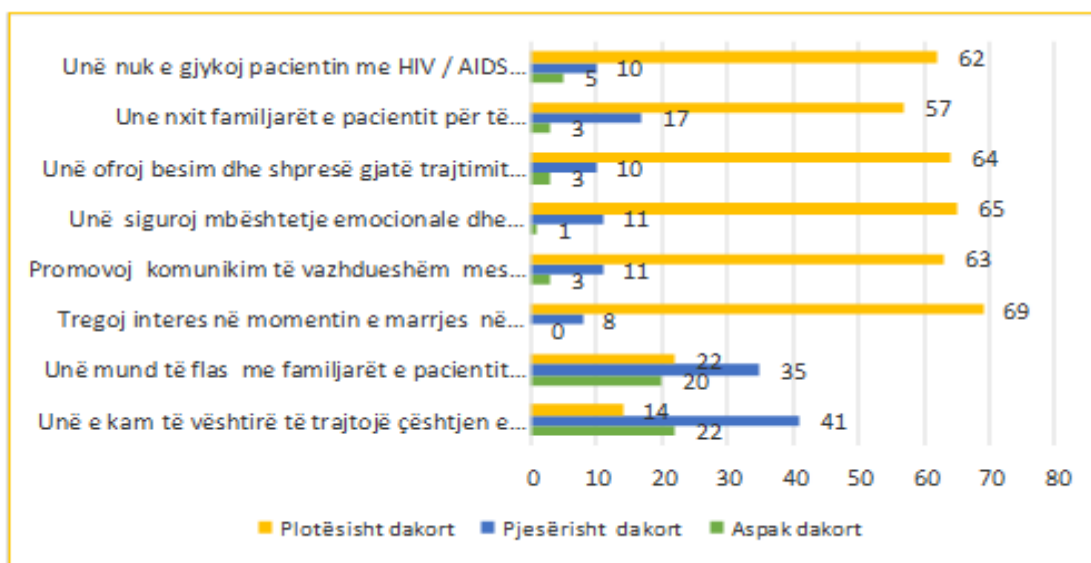
Përsa i përket **promovimit të komunikimit të vazhdueshëm ndërmjet infermierit dhe pacientit**, 35 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se promovojnë komunikim të vazhdueshëm mes tyre, krahasuar me 28 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me **interesimin në momentin e marrjes në dorëzim së pacientëve me HIV/AIDS**, 38 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se tregojnë

interes në momentin e marrjes në dorëzim, krahasuar me 29 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Përsa i përket **bisedës me familjarët e pacientit rreth sëmundjes së tij**, 10 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se flasin me familjarët e pacientit rreth sëmundjes së tij, krahasuar me 12 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me **vështirësinë e trajtimit të çështjes së sëmundjes me të afërmit e pacientëve**, 8 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se e kanë të vështirë të trajtojnë çështjen e sëmundjes me të afërmit e pacientëve, krahasuar me 5 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.



Grafiku 5.26.2. a Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV

Lidhur me pyetjen: **nuk e gjykoj pacientin me HIV/AIDS nga stili i jetës që bën**, 5 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 10 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 62 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë nxit familjarët e pacientit për të kuptuar rëndësinë e sigurimit, të mbështetjes emocionale për pacientët me HIV/AIDS**, 3 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 17 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 57 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë ofroj besim dhe shpresë gjatë trajtimit dhe kujdesjes së pacientëve me HIV/AIDS**, 3 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 10 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 64 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

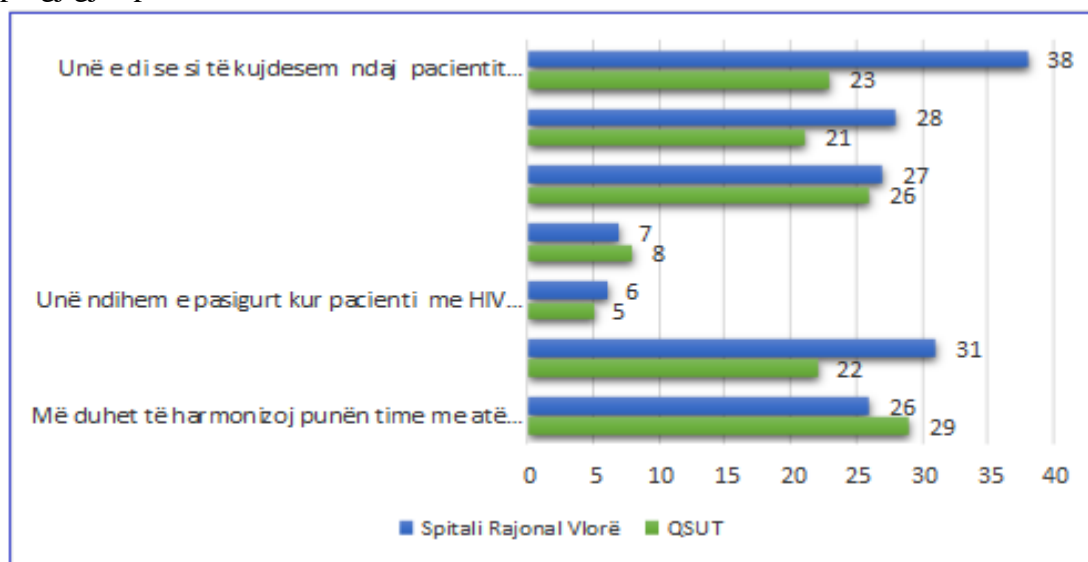
Lidhur me pyetjen: **unë siguroj mbështetje emocionale dhe psikologjike të pacientit kur ai ka nevojë për atë**, 1 infermier është përgjigjur aspak dakort kundrejt 11 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 65 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë promovoj komunikim të vazhdueshëm ndërmjet meje dhe pacientit**, 3 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 11 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 63 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **tregoj interes në momentin e marrjes në dorëzim së pacientëve me HIV/AIDS**, 8 infermierë janë përgjigjur pjesërisht dakort kundrejt 69 infermierëve të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë mund të flas me familjarët e pacientit rreth sëmundjes së tij**, 20 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 35 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 22 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë e kam të vështirë të trajtojë çështjen e sëmundjes me të afërmit e pacientëve**, 22 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 41 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 14 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.



Grafiku 5.26.1,b. Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV

Nga grafiku rezulton se: **lidhur me pyetjen unë e di se si të kujdesem ndaj pacientit me HIV/AIDS**, 26 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se e dinë se si të kujdesen ndaj pacientit me HIV/AIDS, krahasuar me 29 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **unë jam e sigurt dhe di se si të aplikoj të gjitha masat që sigurojnë mbrojtjen në dispozicion**, 28 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se dinë si të aplikojnë të gjitha masat që sigurojnë mbrojtjen në dispozicion, krahasuar me 21 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

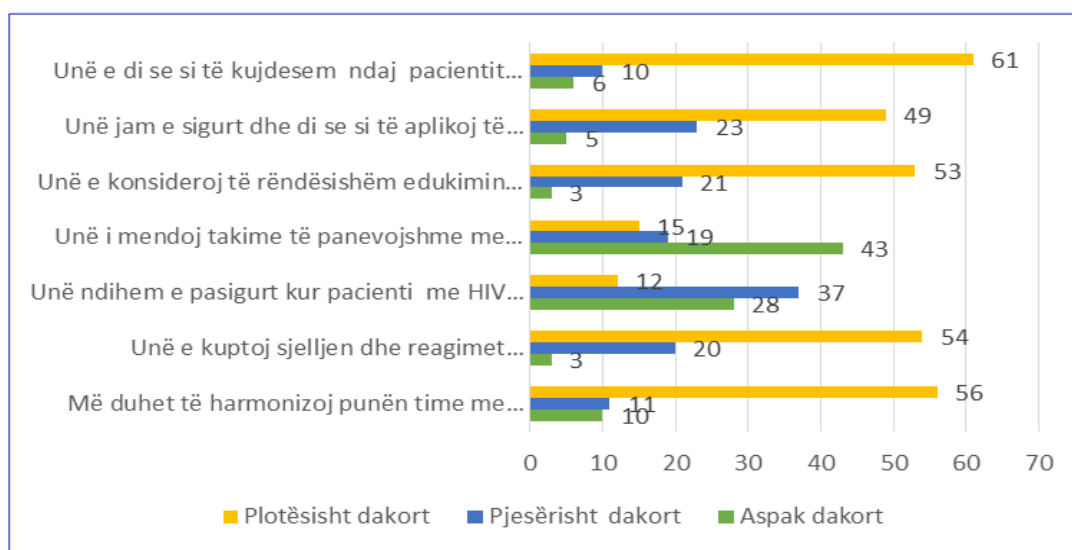
Lidhur me pyetjen: **unë e konsideroj të rëndësishëm edukimin shëndetësor të të afërmit të pacientëve me HIV/AIDS në patologji**, 27 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se e konsiderojnë të rëndësishëm edukimin shëndetësor, krahasuar me 26 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **unë i mendoj takime të panevojshme me kolegët për të diskutuar vendimmarrjen për kujdesin e pacientit**, 7 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se i mendojnë takime të panevojshme me kolegët për të diskutuar, krahasuar me 8 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **unë ndihem e pasigurt kur pacienti me HIV më pyet mua, në lidhje me diçka rreth sëmundjes së tij**, 6 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se ndihen të pasigurt kur pacienti me HIV i pyet, krahasuar me 5 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **unë e kuptoj sjelljen dhe reagimet emocionale të pacientit në lidhje me diçka rreth sëmundjes së tij**, 31 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se e kuptojnë sjelljen dhe reagimet emocionale të pacientit, krahasuar me 22 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **më duhet të harmonizoj punën time me atë të kolegëve të tjerë për të siguruar kujdes për pacientët me HIV/AIDS**, 26 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se duhet të harmonizojnë punën me atë të kolegëve të tjerë, krahasuar me 29 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.



Grafiku 5.26.2.b Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV

Lidhur me pyetjen: **unë e di se si të kujdesem ndaj pacientit me HIV/AIDS**, 6 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 10 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 61 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë jam e sigurt dhe di se si të aplikoj të gjitha masat që sigurojnë mbrojtjen në dispozicion**, 5 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 23 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 49 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë e konsideroj të rëndësishëm edukimin shëndetësor të të afërmeve të pacientëve me HIV/AIDS në patologji**, 3 infermierë janë përgjigjur

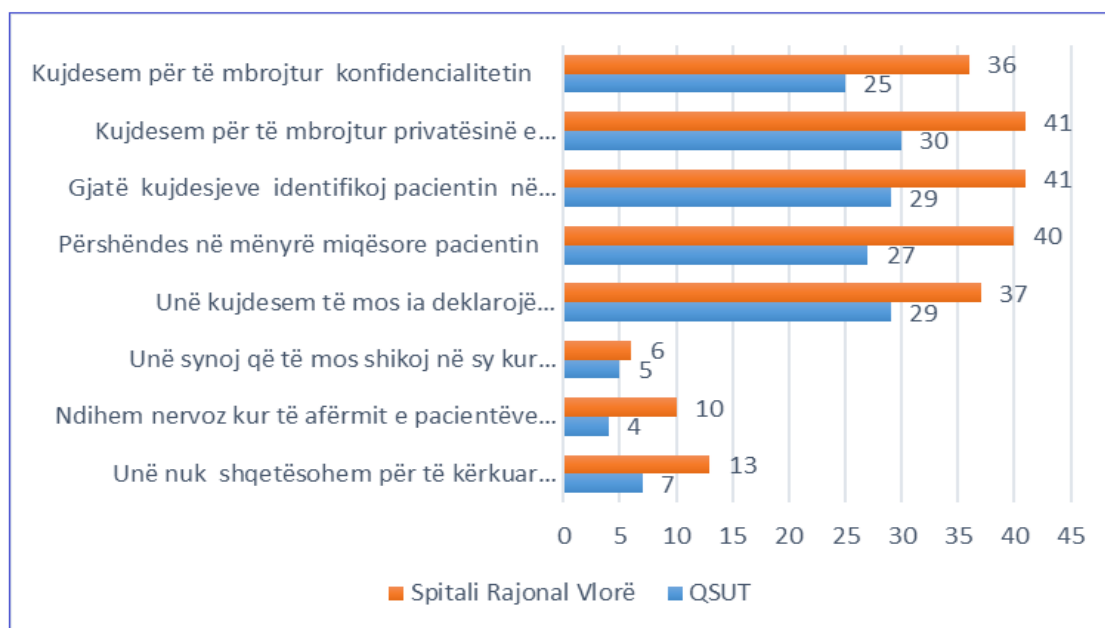
aspak dakort kundrejt 21 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 53 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë i mendoj takime të panevojshme me kolegët për të diskutuar vendimmarrjen për kujdesin e pacientit**, 43 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 19 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 15 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë ndihem e pasigurt kur pacienti me HIV më pyet mua, në lidhje me diçka rreth sëmundjes së tij**, 28 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 37 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 12 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë e kuptoj sjelljen dhe reagimet emocionale të pacientit në lidhje me diçka rreth sëmundjes së tij**, 3 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 20 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 54 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **më duhet të harmonizoj punën time me atë të kolegëve të tjerë për të siguruar kujdes për pacientët me HIV/AIDS**, 10 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 11 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 56 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.



Grafiku 5.26.1. c. Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV

Nga grafiku rezulton se: lidhur me pyetjen **kujdesem për të mbrojtur konfidencialitetin e pacientit dhe familjes së tij**, 36 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se kujdesin për të mbrojtur konfidencialitetin e pacientit dhe familjes së tij krahasuar me 25 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **kujdesem për të mbrojtur privatësinë e pacientit dhe familjes së tij**, 4 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se kujdesen për të mbrojtur privatësinë e pacientit dhe familjes së tij krahasuar me 30 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **gjatë kujdesjeve identifikoj pacientin bazuar në emër**,⁴¹ nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se gjatë kujdesjeve identifikojnë pacientin bazuar në emër krahasuar me 29 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

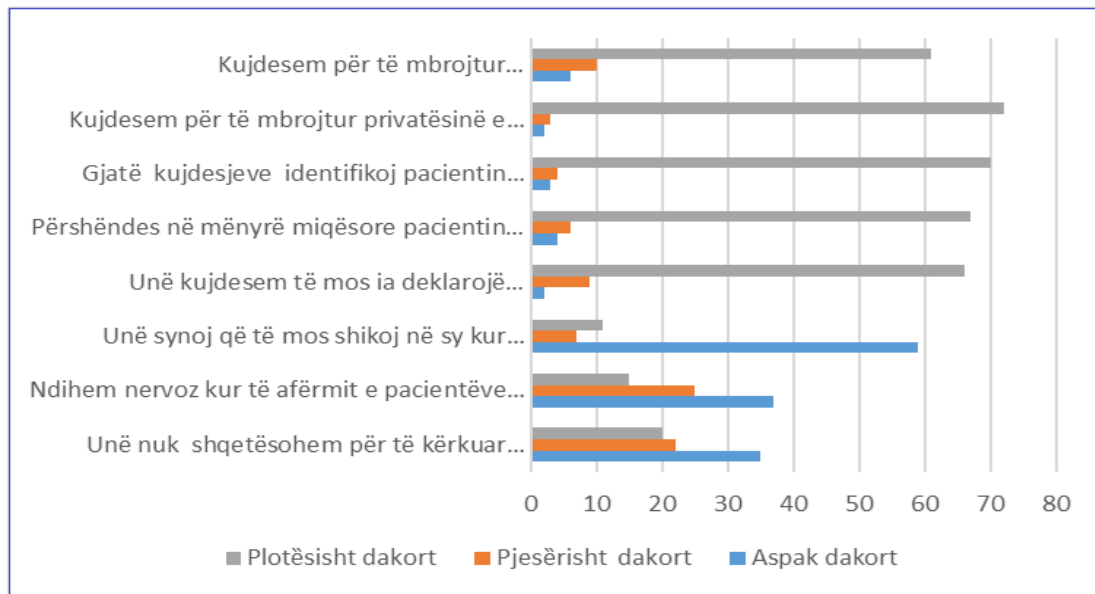
Lidhur me pyetjen: **përrshëndes në mënyrë miqësore pacientin**, 40 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se përrshëndesin në mënyrë miqësore pacientin krahasuar me 27 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **unë kujdesem të mos ia deklaroj diagnozën e pacientit askujt, as familjarëve pa pëlqimin e tij**, 37 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se kujdesen të mos ia deklarojnë diagnozën e pacientit askujt, as familjarëve pa pëlqimin e tij krahasuar me 29 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **unë synoj të mos shikoj në sy kur pacienti më pyet për diçka**, 6 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se synojnë të mos shikojnë në sy kur pacienti i pyet për diçka krahasuar me 5 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **ndihem nervoz kur të afërmit e pacientëve me HIV/AIDS më pyesin për informacion ose ndihmë**, 10 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se ndihen nervoz kur të afërmit e pacientëve me HIV/AIDS i pyesin për informacion krahasuar me 4 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **unë nuk shqetësohem për të kërkuar ndihmë nga profesionistë të tjerë**, si një mjet për mbështetjen e familjes, 13 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se nuk shqetësohen për të kërkuar ndihmë nga profesionistë të tjerë krahasuar me 7 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.



Grafiku 5.26.2. c. Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV

Lidhur me pyetjen: **kujdesem për të mbrojtur konfidencialitetin e pacientit dhe familjes së tij**, 3 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 10 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 62 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **kujdesem për të mbrojtur privatësinë e pacientit dhe familjes së tij**, 2 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 4 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 71 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **gjatë kujdesjeve identifikoj pacientin bazuar në emër**, 3 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 6 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 68 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

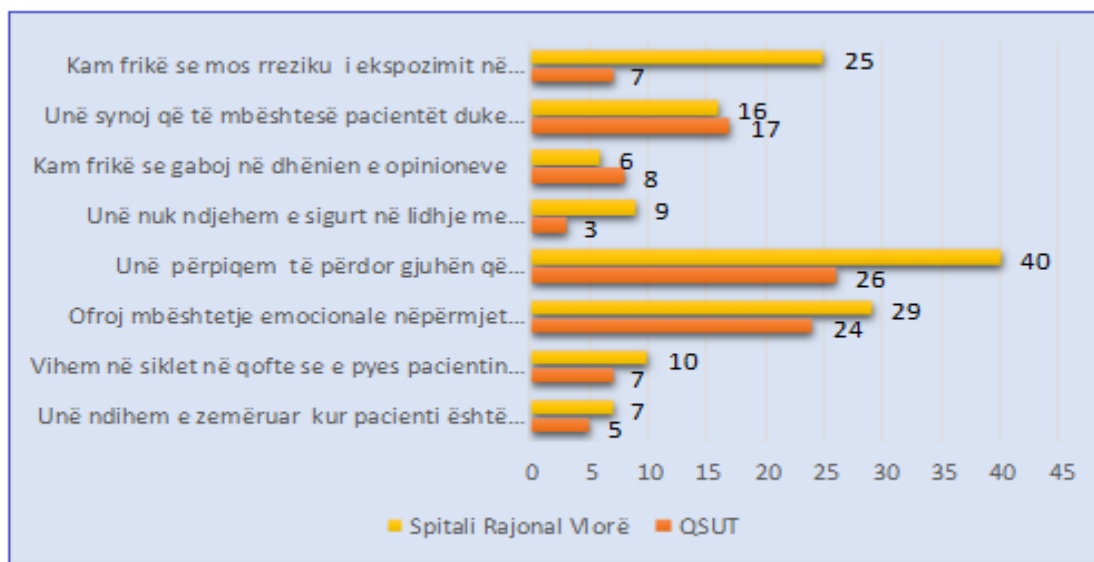
Lidhur me pyetjen: **përhëndes në mënyrë miqësore pacientin**, 4 infermierë janë përgjigjur aspak dakort, kundrejt 7 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 66 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë kujdesem të mos ia deklaroj diagnozën e pacientit askujt, as familjarëve pa pëlqimin e tij**, 2 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 8 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 67 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë synoj të mos shikoj në sy kur pacienti më pyet për diçka**, 58 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 6 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 13 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **ndihem nervoz kur të afërmit e pacientëve me HIV/AIDS më pyesin për informacion ose ndihmë**, 37 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 22 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 18 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë nuk shqetësohem për të kërkuar ndihmë nga profesionistë të tjerë, si një mjet për mbështetjen e familjes**, 34 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 22 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 21 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.



Grafiku 5.26.1.d. Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV

Nga grafiku rezulton se:

Lidhur me pyetjen: **Kam frikë se mos rreziku i ekspozimit në punë ndaj pacientëve me HIV, mund të influencojë në cilësinë e kujdesit ndaj tij**, 25 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se frika nga rreziku i ekspozimit në punë ndaj pacientëve me HIV, mund të influencojë në cilësinë e kujdesit ndaj tij krahasuar me 7 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **unë synoj që të mbështes pacientët duke dhënë vendime në lidhje me shëndetin e tyre**, 16 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se synojnë që të mbështesin pacientët duke dhënë vendime në lidhje me shëndetin e tyre krahasuar me 17 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **kam frikë se mos gaboj në dhënien e opinioneve kur ekipi shëndetësor trajton tema në lidhje me gjendjen e pacientit**, 6 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se kanë frikë se mos gabojnë në dhënien e opinioneve krahasuar me 8 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **unë nuk ndjehem e sigurt në lidhje me njohuritë e mia për HIV/AIDS**, 9 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se nuk ndihen të sigurt në lidhje me njohuritë për HIV/AIDS krahasuar me 3 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

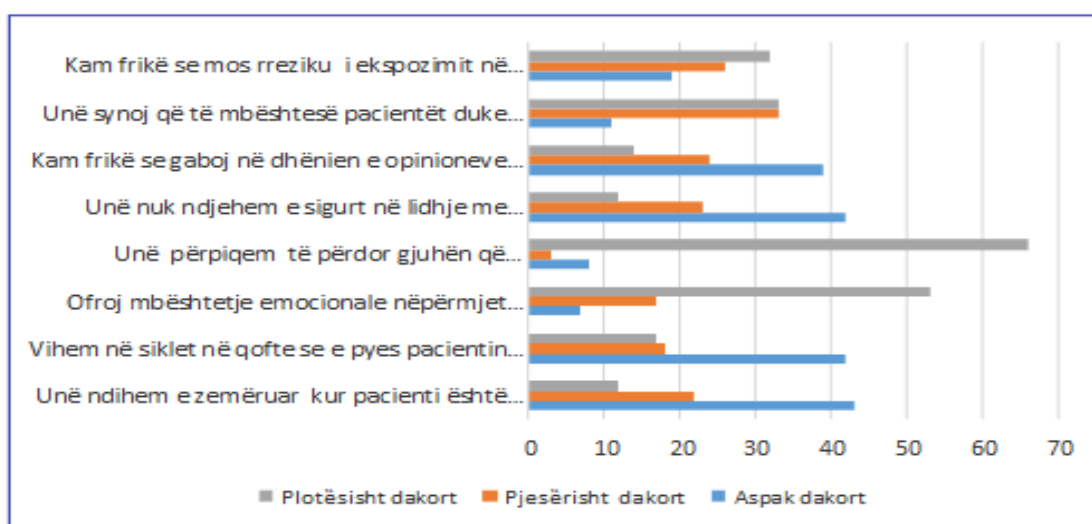
Lidhur me pyetjen: **unë përpiqem të përdor gjuhën që lehtëson të kuptuarit e pacientit**, 40 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se përpiqen të

përdorin gjuhën që lehtëson të kuptuarit e pacientit krahasuar me 26 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **ofroj mbështetje emocionale nëpërmjet ndërveprimit me pacientët e tjerë me të njëjtën sëmundje**, 29 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se ofrojnë mbështetje emocionale nëpërmjet ndërveprimit me pacientët krahasuar me 24 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **vihem në siklet në qoftë se e pyes pacientin për besimin fetar**, 10 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se vihen në siklet në qoftë se e pyesin pacientin për besimin fetar krahasuar me 7 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.

Lidhur me pyetjen: **unë ndihem e zemëruar kur pacienti është nervoz ose në depression**, 7 nga 42 infermierët e Spitalit Rajonal Vlorë janë shprehur se ndihen të zemëruar kur pacienti është nervoz ose në depression krahasuar me 5 prej 35 infermierëve të QSUT që kanë raportuar të njëjtin mendim.



Grafiku 5.26.2.d. Qëndrimet e infermierëve në pacientët me HIV

Nga grafiku rezulton se:

Lidhur me pyetjen: **Kam frikë se mos rreziku i ekspozimit në punë ndaj pacientëve me HIV, mund të influencojë në cilësinë e kujdesit ndaj tij**, 18 infermierë janë përgjigjur aspak dakort, kundrejt 26 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 33 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë synoj që të mbështesë pacientët duke dhënë vendime në lidhje me shëndetin e tyre**, 12 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 33 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 32 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **kam frikë se mos gaboj në dhënien e opinioneve kur ekipi shëndetësor trajton tema në lidhje me gjendjen e pacientit**, 38 infermierë janë

përgjigjur aspak dakort kundrejt 24 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 15 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë nuk ndjem e sigurt në lidhje me njohuritë e mia për HIV/AIDS**, 42 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 23 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 12 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **unë përpiqem të përdor gjuhën që lehtëson të kuptuarit e pacientit**, 7 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 3 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 67 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **ofroj mbështetje emocionale nëpërmjet ndërveprimit me pacientët e tjerë me të njëjtën sëmundje**, 7 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 18 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 52 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Lidhur me pyetjen: **vihem në siklet në qoftë se e pyes pacientin për besimin fetar**, 42 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 18 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 17 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

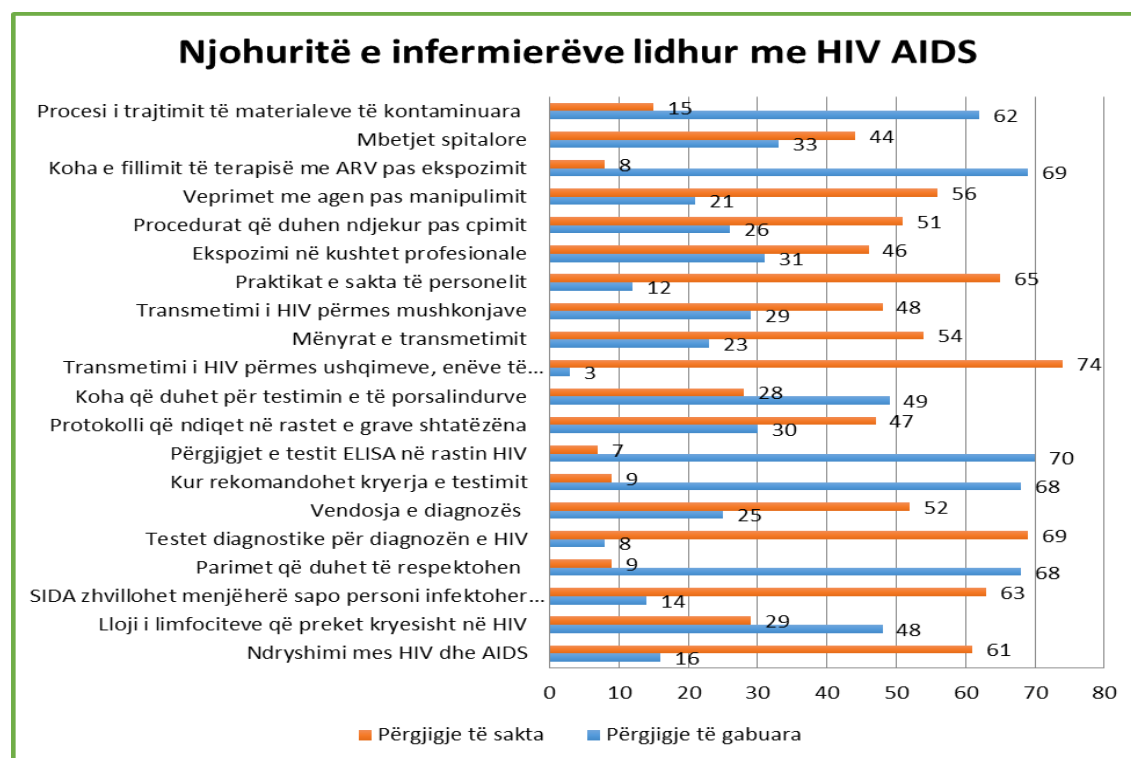
Lidhur me pyetjen: **unë ndihem e zemëruar kur pacienti është nervoz ose në depresion**, 43 infermierë janë përgjigjur aspak dakort kundrejt 23 të tjerëve të cilët janë përgjigjur pjesërisht dakort dhe 11 infermierë të cilët janë përgjigjur plotësisht dakort.

Vlerësimi i njohurive të Infermierëve lidhur me HIV/AIDS

Infermierët e intervistuar u pyetën gjithashtu për testimin e njohurive të tyre lidhur me sëmundjen, trajtimin, mënyrat e transmetimit, parandalimit të saj. Kështu më poshtë jepen rezultatet nga testimi i infermierëve:

Tabela 5.27 Vlerësimi i njohurive të infermierëve lidhur me HIV/AIDS

Pyetje lidhur me njohuritë e infermierëve mbi HIV/AIDS	Përgjigje të sakta		Përgjigje të gabuara	
	N	%		%
Ndryshimi mes HIV dhe AIDS	61	79.2	16	20.8
Lloji i limfociteve që preket kryesisht në HIV	29	37.7	48	62.3
SIDA zhvillohet menjëherë sapo personi infektohet me HIV?	63	81.8	14	18.2
Parimet që duhet të respektohen *	9	11.7	68	88.3
Testet diagnostike për diagnozën e HIV*	69	89.6	8	10.4
Vendosja e diagnozës	52	67.5	25	32.5
Kur rekomandohet kryerja e testimit*	9	11.7	68	88.3
Përgjigjet e testit ELISA në rastin HIV*	7	9.1	70	90.9
Protokolli që ndiqet në rastet e grave shtatëzëna	47	61.0	30	39.0
Koha që duhet për testimin e të porsalindurve	28	36.4	49	63.6
Transmetimi i HIV përmes ushqimeve, enëve të kuzhinës *	74	96.1	3	3.9
Mënyrat e transmetimit	54	70.1	23	29.9
Transmetimi i HIV përmes mushkonjave	48	62.3	29	37.7
Praktikat e sakta të personelit *	65	84.4	12	15.6
Ekspozimi në kushtet profesionale	46	59.7	31	40.3
Procedurat që duhen ndjekur pas çpimit	51	66.2	26	33.8
Veprimet me agen pas manipulimit	56	72.7	21	27.3
Koha e fillimit të terapisë me ARV pas ekspozimit*	8	10.4	69	89.6
Mbetjet spitalore	44	57.1	33	42.9
Proçesi i trajtimit të materialeve të kontaminuara *	15	19.5	62	80.5



Grafiku 5.27 Vlerësimi i njohurive të infermierëve lidhur me HIV/AIDS

Lidhur me pyetjen se cili është ndryshimi mes HIV-it dhe AIDS, 61 (79,2%) infermiere kanë dhënë një përgjigje të saktë kundrejt 16 (20,8%) të tjerëve të cilët nuk kanë patur informacion të saktë lidhur me ndryshimin mes të dyjave.

29 infermiere ose 37.7% e tyre kishin informacion të gabuar lidhur me llojin e limfociteve të cilat preken kryesisht në rastin e HIV-it, ndërkohë që 48 infermierët e tjerë kanë patur informacionin e saktë lidhur me këtë fakt, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ($p \leq 0.05$).

Lidhur me pyetjen nëse AIDS zhvillohet menjëherë pasi personi infektohet me HIV 63 (81.8%) infermiere kanë dhënë një përgjigje të saktë kundrejt 14 (18.2%) infermiereve të cilët nuk kishin informacion të saktë lidhur se kur zhvillohet SIDA.

9 infermiere ose 11.7% e tyre kishin dhënë informacion të saktë lidhur me parimet që duhen të respektohen, ndërkohë 68 infermierët e tjerë kanë patur informacion të gabuar në lidhje me këtë pyetje.

Lidhur me pyetjen se cilat janë testet diagnostikuese të HIV, 69 (89.6%) infermiere kanë dhënë një përgjigje të saktë kundrejt 8 (10.4%) të tjerëve të cilët nuk kanë patur informacion të saktë lidhur me testet diagnostikuese të HIV.

52 infermiere ose 67.5% e tyre kishin informacion të saktë lidhur me vendosjen e diagnozës, ndërkohë që 25 ose 32.5% e tyre kanë patur një informacion të gabuar lidhur me këtë fakt.

Lidhur me pyetjen se kur rekomandohet kryerja e testimit, 9 (11.7%) infermiere kanë dhënë përgjigje të saktë kundrejt 68 (88.3%) të tjerëve të cilët nuk kanë patur informacion të saktë lidhur me pyetjen.

7 infermiere ose 9.1% e tyre kishin informacion të saktë lidhur me përgjigjet e testit ELISA e rasteve me HIV ndërkohë 70 infermiere ose 90.9% e tyre kanë patur një informacion të gabuar lidhur me përgjigjet e testit ELISA të rasteve me HIV.

47 infermiere ose 61.0% e tyre kishin informacion të saktë lidhur me protokollet që ndiqen në rastet e grave shtatëzëna, ndërkohë që 30 infermieret e tjerë ose 39.0% e tyre kanë patur informacion të gabuar lidhur me protokollet që duhen ndjekur.

Lidhur me pyetjen për kohën që duhet për testimin e të porsalindurve 47 (61.0%) infermiere kanë dhënë përgjigje të saktë kundrejt 30 (39.0%) infermiereve të cilët nuk kishin një informacion të saktë në lidhje me kohën që duhet për testimin e të porsalindurve.

74 infermiere ose 96.1% e tyre kishin informacion të saktë lidhur me transmetimin e HIV përmes ushqimeve, enëve të kuzhinës ndërkohë 3 infermiere ose 3.9 e tyre kanë pasur informacion të gabuar lidhur me këtë pyetje.

Lidhur me pyetjen e mënyrave të transmetimit 54 (70.1%) infermiere kanë dhënë përgjigje të saktë në lidhje me mënyrat e transmetimit kundrejt 23 (29.9%) të tjerëve të cilët nuk kanë patur informacion të saktë lidhur me mënyrat e transmetimit, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ($p \leq 0.05$).

48 infermiere ose 62.3% e tyre kishin informacion të saktë lidhur me transmetimin e HIV përmes mushkonjave ndërkohë 29 infermiere kanë pasur një informacion të gabuar lidhur me transmetimin e HIV përmes mushkonjave.

Lidhur me pyetjen e praktikave të sakta të personelit 65 (84.4%) infermiere kanë dhënë përgjigje të saktë kundrejt 12 (15.6%) infermiereve të cilët nuk kishin një informacion të saktë lidhur me praktikat e sakta të personelit.

46 infermiere ose 59.7% e tyre kishin dhënë informacion të saktë lidhur me ekspozimin në kushtet profesionale ndërkohë 31 infermiere kanë pasur informacion të gabuar lidhur me pyetjen e shtruar, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ($p \leq 0.05$).

Lidhur me pyetjen për procedurat që duhen ndjekur pas çpimit 51 (66.2%) infermiere kanë dhënë përgjigje të saktë kundrejt 26 (33.8%) infermiereve të cilët nuk kishin një informacion të saktë lidhur me procedurat që ndiqen pas çpimit.

56 infermiere ose 72.7% e tyre kishin dhënë informacion të saktë lidhur me veprimet me agen pas manipulimit ndërkohë 21 infermiere ose 27.3% e tyre kanë pasur informacion të gabuar lidhur me veprimet me agen pas manipulimit,

Lidhur me pyetjen e kohës së fillimit të terapisë me ARV pas ekspozimit 8 (10.04%) infermiere kanë dhënë përgjigje të saktë kundrejt 69 (89.6%) infermiereve të cilët nuk kishin një informacion të saktë lidhur me kohën e fillimit të terapisë me ARV pas ekspozimit.

44 infermiere ose 57.1% e tyre kishin dhënë informacion të saktë lidhur me mbetjet spitalore ndërkohë 33 infermiere ose 42.9% e tyre kanë pasur informacion të gabuar lidhur me mbetjet spitalore, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ($p \leq 0.05$).

Lidhur me pyetjen e procesit të trajtimit të materialeve të kontaminuara 15 (19.5%) infermiere kanë dhënë përgjigje të saktë kundrejt 62 (80.5%) infermierëve të cilët nuk kishin një informacion të saktë lidhur me pyetjen.

Tabela 5.28 Lidhja midis mangësive në njohuritë e infermierëve lidhur me HIV dhe eksperiencës së tyre në punë

Pyetje lidhur me njohuritë e infermierëve mbi HIV/AIDS	Vite pune	Saktë N (%)	OR	95%CI	P
Parimet që duhet të respektohen	< 1	4 (7.2)	ref		
	1-10	2 (3.7)	0.3	0.05-2.03	0.2
	>10	3 (5.5)	0.3	0.05-1.4	0.1
Kur rekomandohet kryerja e testimit	< 1	6 (10.9)	ref		
	1-10	4 (7.3)	0.4	0.09-1.8	0.2
	>10	5 (9.1)	0.3	0.07-1.1	0.06
Përgjigjet e testit ELISA në rastin HIV	< 1	1 (1.8)	ref		
	1-10	1 (1.8)	0.8	0.04-13.1	0.9
	>10	5 (9.1)	2.4	0.3-22.5	0.4
Koha e fillimit të terapisë me ARV pas ekspozimit	< 1	2 (3.6)	ref		
	1-10	3 (5.5)	1.2	0.1-8.02	0.9
	>10	3 (5.5)	0,6	0.1-4.2	0.6
Procesi i trajtimit të materialeve të kontaminuara *	< 1	6 (10.9)	ref		
	1-10	3 (5.5)	4.2	0.06-1.3	0.1
	>10	6 (10.9)	5.5	0.8-36.1	0.5

Nga tabela 5.28 vihet re se:

Lidhur me parimet që duhet të respektohen gjatë kujdesit për pacientët me HIV, nuk ka lidhje statistikisht të rëndësishme mes viteve të ndryshme të ekperiencës dhe njohurive të infermierëve.

Përkatesisht, infermierët të cilët kanë 1-10 vjet eksperiencë kanë 0.3 herë më shumë gjasa krahasuar me infermierët me më pak se një vit eksperiencë, pa ndryshime statistikisht të rëndësishme (OR=0.3, 95% CI= 0.05-2.03).

Infermierët të cilët kanë më shumë se 10 vjet eksperiencë, po ashtu kanë 0.3 herë më shumë gjasa të kenë njohuri lidhur me parimet që duhet të respektohen krahasuar me infermierët me më pak se një vit eksperiencë (OR=0.3, 95%CI: 0.05-1.4)

Infermierët të cilët kanë 1-10 vjet eksperiencë pune kanë 0.4 herë më shumë gjasa për të patur njohuri lidhur me kohën e duhur që duhet rekomanduar kryerja e testimit për HIV krahasuar me infermierët të cilët kanë më pak se 1 vit eksperiencë pune, pa ndryshime statistikisht të rëndësishme (OR=0.4, 95% CI: 0.09- 1.8); ndërkohë që infermierët të cilët kanë më shume se 10 vjet eksperiencë pune kanë 0.3 herë më shumë gjasa të kenë më shumë njohuri lidhur me kohën e duhur për rekomandimin e kryerjes se testit për HIV krahasuar me infermierët me më pak se 1 vit eksperiencë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR= 0.3, 95%CI: 0.7-1.1).

Lidhur me njohuritë mbi përgjigjet e testit ELISA, infermierët me 1-10 vite eksperiencë kanë 0.8 herë më shumë gjasa për të patur njohuri krahasuar me

infirmierët me më pak se një vit eksperiencë (OR=0.8, 95%CI:0.04-13.1), dhe infirmierët me më shumë se 10 vjet eksperiencë kanë 2.4 herë më shumë gjasa për të patur informacion lidhur me përgjigjet e testit ELISA kundrejt infirmierëve me më pak se një vit eksperiencë, pa ndryshime statistikisht të rëndësishme (OR=2.4, 95%CI: 0.322-5).

Infirmierët me 1-10 vjet eksperiencë kanë 1.2 herë më shumë gjasa të kenë informacion të saktë lidhur me kohën e fillimit të terapisë me ARV pas ekspozimit krahasuar me infirmierët me më pak se 1 vit eksperiencë (OR=1.2, 95%CI: 0.1-8.02), ndërkohë që infirmierët me më shumë se 10 vjet eksperiencë kanë 0.6 herë më shumë gjasa për të patur informacion të saktë krahasuar me infirmierët me më pak se 1 vit eksperiencë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=0.6, 95%CI: 0.1-4.2).

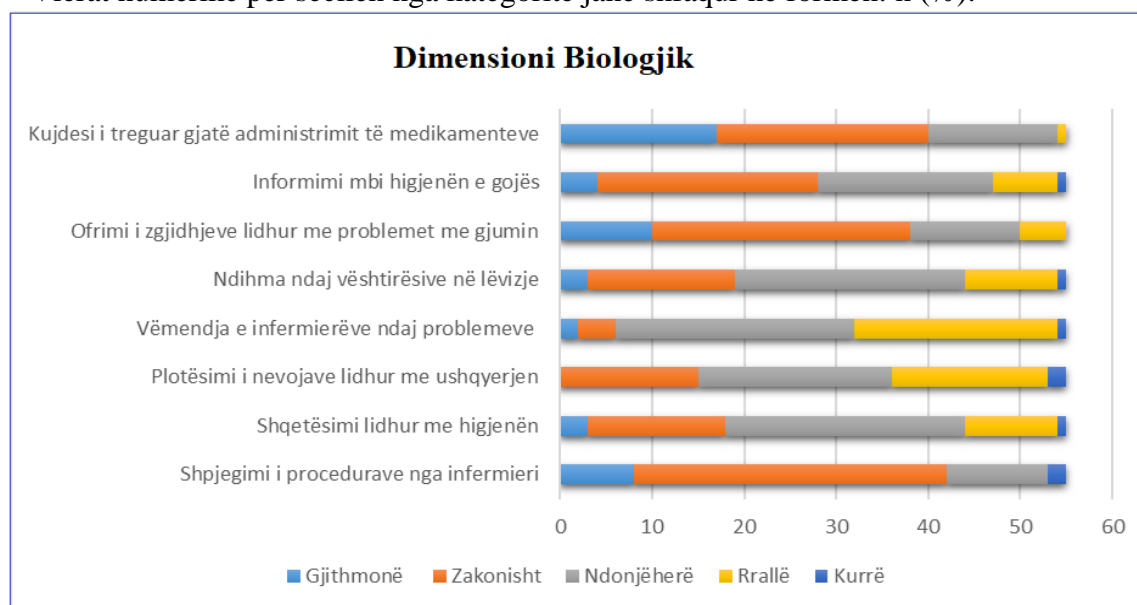
Lidhur me njohuritë mbi preceset e trajtimit të materialeve të kontaminuara, infirmierët me 1-10 vjet eksperiencë kanë 0.3 herë më shumë gjasa për të patur informacion të saktë krahasuar me infirmierët me më pak se 1 vit eksperiencë (OR=4.2, 95%CI: 0.06-1.3), ndërkohë që infirmierët me më shumë se 10 vjet eksperiencë kanë 5.5 herë më shumë gjasa krahasuar me infirmierët me më pak se një vit eksperiencë pune, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=5.5, 95%CI: 0.8-36.1).

VLERËSIMI I KUJDESIT INFERMIEROR NË BAZË TË DIMENSIONEVE TË KUJDESIT SHËNDETËSOR

Tabela 5.29 Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit biologjik

Deklarata	Gjithmonë	Zakonisht	Ndonjëherë	Rrallë	Kurrë
Shpjegimi i procedurave nga infermieri	8 (14,5)	34 (61,8)	11 (20,0)	0 (0,0)	2 (3,6)
Shqetësimi lidhur me higjenën	3 (5,5)	15 (27,3)	26 (47,3)	10 (18,2)	1 (1,8)
Plotësimi i nevojave lidhur me ushqyerjen	0 (0,0)	15 (27,3)	21 (38,2)	17 (30,9)	2 (3,6)
Vëmendja e infermierëve ndaj problemeve	2 (3,6)	4 (7,3)	26 (47,3)	22 (40,0)	1 (1,8)
Ndihma ndaj vështirësive në lëvizje	3 (5,5)	16 (29,1)	25 (45,5)	10 (18,2)	1 (1,8)
Ofrimi i zgjidhjeve lidhur me problemet me gjumin	10 (18,2)	28 (50,9)	12 (21,8)	5 (9,1)	0 (0,0)
Informimi mbi higjenën e gojës	4 (7,3)	24 (43,6)	19 (34,5)	7 (12,7)	1 (1,8)
Kujdesi i treguar gjatë administrimit të medikamenteve	17 (30,9)	23 (41,8)	14 (25,5)	1 (1,8)	0 (0,0)

* Vlerat numerike për secilën nga kategoritë janë shfaqur në formën: n (%).



Grafiku 5.29 Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit biologjik

Lidhur me deklaratën: “ Në momentin kur kontrollon funksionet vitale (Tensioni i gjakut, puls, frymëmarrja dhe temperatura), infermierja të shpjegon procedurën që do kryejë”?

- 8 (14,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.

- 34 (61,8%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
 - 11 (20,0%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
 - Nuk ka asnjë pacient që pohon se kjo gjë ndodh rrallë.
 - 2 (3,6%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.
- Pra, shohim se sipas deklaratave të pacientëve kemi një dominim të hasjes së zakonshme të rasteve kur personeli infermieror e shpjegon procedurën që do kryejë.

Lidhur me deklaratën: **“Infermieria shqetësohet që ju të realizoni higjenën tuaj më shpesh”:**

- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
 - 15 (27,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
 - 26 (47,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
 - 10 (18,2%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
 - 1 (1,8%) pacient ka deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.
- Vihet re se dominon hasja me raste e kësaj dukurie, pa ndryshime të rëndësishme mes kategorive të tjera.

Lidhur me deklaratën: **“Kur keni probleme në ushqyerje, infermierja e plotëson këtë nevojë”:**

- Asnjë pacient nuk ka deklaruar që kjo gjë të ketë ndodhur gjithmonë.
- 15 (27,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 21 (38,2%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 17 (30,9%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 2 (3,6%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë, pa ndryshime statistikisht të rëndësishme mes tyre.

Lidhur me deklaratën: **“Infermierja është e vëmendshme në lidhje me të dalat jashtë dhe shqetësohet në rastet e kapsllëkut apo diarresë”**

- 2 (3,6%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 4 (7,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 26 (47,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 22 (40,0%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 1 (1,8%) pacient ka deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Lidhur me deklaratën: **“Kur ju shfaqni vështirësi për të realizuar ndonjë lëvizje, infermierja vepron papritur dhe me nxitim”**

- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 16 (29,1%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 25 (45,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 10 (18,2%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 1 (1,8%) pacient ka deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Lidhur me deklaratën: **“Kur i thoni infermieres se nuk ju zë gjumi gjatë natës dhe nuk çlodheni mjaftueshëm ajo ju ofron një zgjidhje”**

- 10 (18,2%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 28 (50,9%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 12 (21,8%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 5 (9,1%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- Asnjë pacient nuk ka deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Lidhur me deklaratën: **“Në varësi të sëmundjes që shfaqni infermierja ju informon mbi rëndësinë e kujdesit të gojës”**

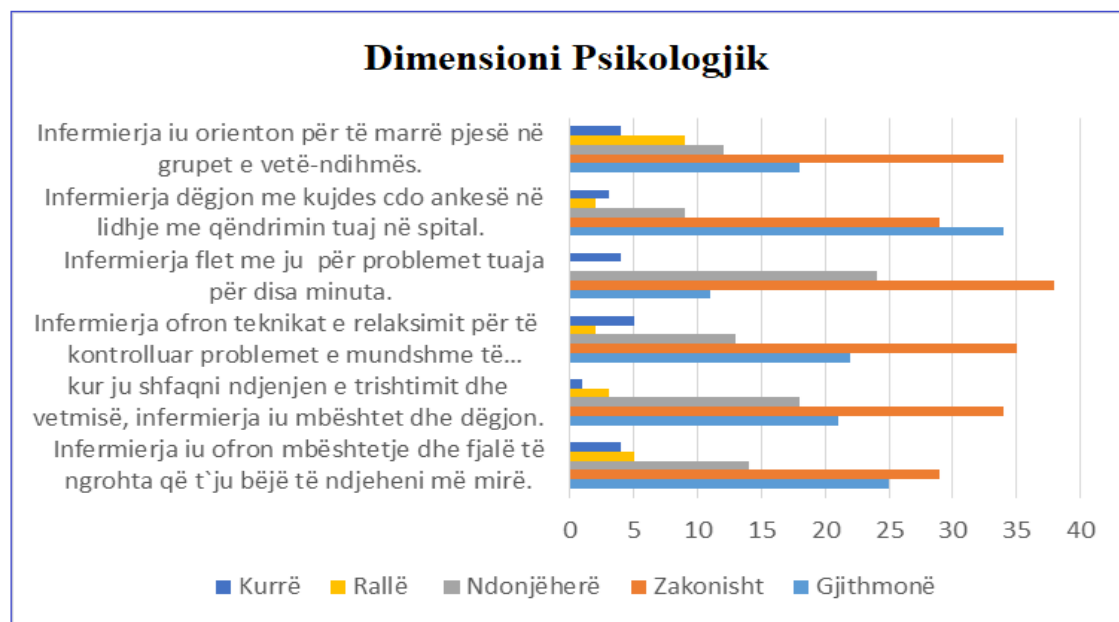
- 4 (7,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 24 (43,96%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 19 (34,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 7 (12,7%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 1 (1,8%) pacient ka deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Lidhur me deklaratën: **“Infermierja tregon delikatesë kur administron medikamentet përkatëse” :**

- 17 (30,9%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 23 (41,8%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 14 (25,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 1 (1,8%) pacient ka deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- Asnjë pacient nuk ka deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Tabela 5.30 Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit psikologjik

DIMENSIONI PSIKOLOGJIK	Gjithmonë	Zakonisht	Ndonjëherë	Rallë	Kurrë
Infermierja iu ofron mbështetje dhe fjalë të ngrohta që t`ju bëjë të ndjeheni më mirë.	25	29	14	5	4
Kur ju shfaqni ndjenjën e trishtimit dhe vetmisë, infermierja iu mbështet dhe dëgjon.	21	34	18	3	1
Infermierja ofron teknikat e relaksimit për të kontrolluar problemet e mundshme të ankthit.	22	35	13	2	5
Infermierja flet me ju për problemet tuaja për disa minuta.	11	38	24	0	4
Infermierja dëgjon me kujdes cdo ankesë në lidhje me qëndrimin tuaj në spital.	34	29	9	2	3
Infermierja iu orienton për të marrë pjesë në grupet e vetë-ndihmës.	18	34	12	9	4



Grafiku 5.30 Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit psikologjik

Lidhur me deklaratën: **“Infermierja iu ofron mbështetje dhe fjalë të ngrohta që t’ju bëjë të ndjeheni më mirë”**.

- 25 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 29 pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 14 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 5 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 4 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Lidhur me deklaratën: **“Kur ju shfaqni ndjenjën e trishtimit dhe vetmisë, infermierja iu mbështet dhe dëgjon”**.

- 21 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 34 pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 18 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 3 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 1 pacient ka deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Lidhur me deklaratën: **“Infermierja ofron teknikat e relaksimit për të kontrolluar problemet e mundshme të ankthit”**.

- 22 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 35 pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 13 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 2 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 5 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.
-

Lidhur me deklaratën: **“Infermierja flet me ju për problemet tuaja për disa minuta”**.

- 11 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 38 pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 24 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- Asnjë pacientë ka deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 4 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Lidhur me deklaratën: **“Infermierja dëgjon me kujdes çdo ankesë në lidhje me qëndrimin tuaj në spital”**.

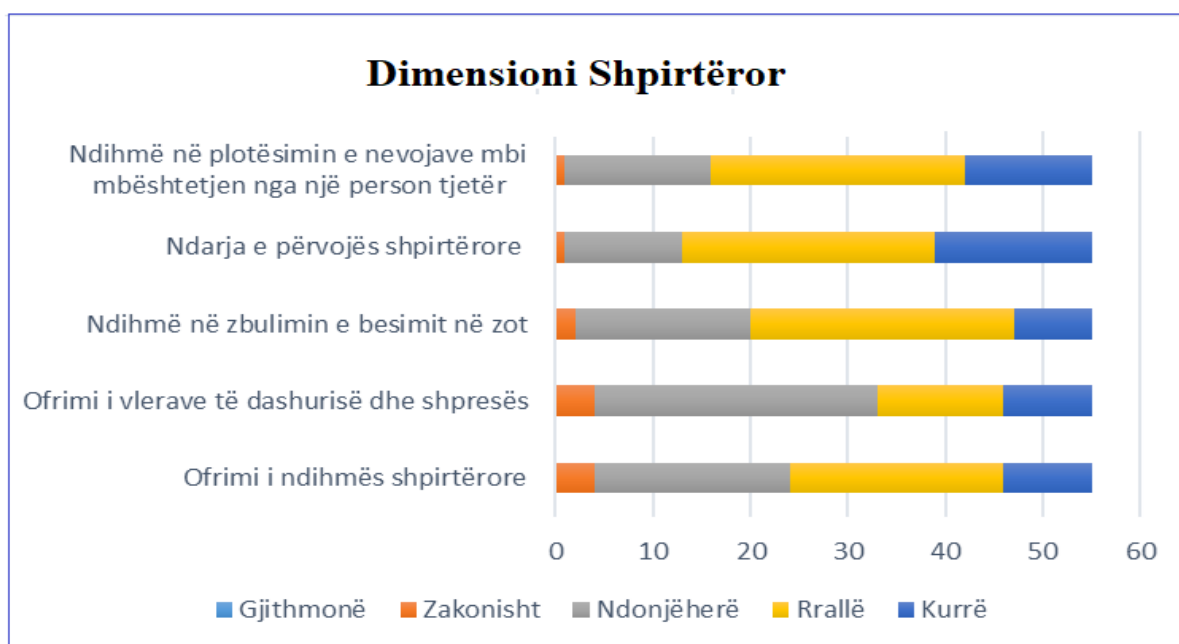
- 34 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 29 pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 9 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 2 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 3 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Lidhur me deklaratën: **“Infermierja iu orienton për të marrë pjesë në grupet e vetë-ndihmës”**.

- 18 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 34 pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 12 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 9 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 4 pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Tabela 5.31 Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit shpirtëror

Deklarata	Gjithmonë		Zakonisht		Ndonjëherë		Rrallë		Kurrë	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Infermierja ofron ndihmë shpirtërore për të përballuar sëmundjen tuaj (në lidhje me zotin)	0	0	4	7,3	20	36,4	22	40,0	9	16,4
Infermierja ofron vlerat të tilla si dashuria apo shpresa, si një eksperiencë shpirtërore	0	0	4	7,3	29	52,7	13	23,6	9	16,4
Infermierja ju ndihmon të zbuloni besimin tuaj në zot (ose një forcë madhore) duke respektuar besimet tuaja	0	0	2	3,6	18	32,7	27	49,1	8	14,5
Infermierja ndan përvojën e saj shpirtërore dhe ju motivon që të afroheni me zotin	0	0	1	1,8	12	21,8	26	47,3	16	29,1
Kur keni nevojë për mbështetjen e një prifti, pastori ose të tjerë për nevojën tuaj shpirtërore, infermierja ju ndihmon me prezencën e tyre	0	0	1	1,8	15	27,3	26	47,3	13	23,6



Grafiku 5.31 Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit shpirtëror

U vlerësua gjithashtu dimensiononi shpirtëror i pacientit gjatë marrëdhënies me infermierin përgjatë shërbimit shëndetësor të marrë. Kështu:

Lidhur me deklaratën nëse **“Infermierja ofron ndihmë shpirtërore për të përballuar sëmundjen tuaj (në lidhje me zotin)”**:

- 40% e pacientëve ose 22 prej tyre kanë pohuar se kjo gjë ka ndodhur rrallë,
- 16,4% ose 9 pacientë kanë deklaruar se kjo nuk ka ndodhur kurrë,
- 20 pacientë ose 36,4% e tyre kanë pohuar se kjo gjë ka ndodhur ndonjëherë,
- 4 pacientë kanë deklaruar se kjo është një ndodhi e zakonshme.

Lidhur me deklaratën nëse **“Infermieri ofron vlerat e tilla si dashuria apo shpresa”**

- Asnjë nga pacientët nuk ka deklaruar se kjo ka ndodhur gjithmonë,
- 4 prej tyre ose 7.3% e pacientëve kanë deklaruar se zakonisht marrin vlera të tilla nga ana e infermierëve
- 29 pacientë ose 52.7% kanë deklaruar se ndonjëherë e kanë hasur të ndodhë si fenomen,
- 13 pacientë ose 23.6% kanë pohuar se kjo gjë ka ndodhur rrallë, dhe
- 9 pacientë kanë pohuar se kjo gjë ndodh rrallë.

Lidhur me deklaratën **“Infermieri ju ndihmon të zbuloni besimin në zot”**

- Asnjë nga pacientët nuk ka deklaruar se kjo ka ndodhur gjithmonë,
- 2 prej tyre ose 3.6% e pacientëve kanë deklaruar se zakonisht marrin vlera të tilla nga ana e infermierëve.
- 18 pacientë ose 32.7% kanë deklaruar se ndonjëherë e kanë hasur të ndodhë si fenomen,
- 27 pacientë ose 49.1% kanë pohuar se kjo gjë ka ndodhur rrallë, dhe
- 8 pacientë kanë pohuar se kjo gjë ndodh rrallë.

Lidhur me deklaratën **“Infermierja ndan përvojën e saj shpirtërore dhe ju motivon që ju të afroheni me zotin”**

- Asnjë nga pacientët nuk ka deklaruar se kjo ka ndodhur gjithmonë,
- 1 prej tyre ka deklaruar se zakonisht marrin vlera të tilla nga ana e infermierëve
- 12 pacientë ose 21.8% kanë deklaruar se ndonjëherë e kanë hasur të ndodhë si fenomen,
- 26 pacientë ose 47.3% kanë pohuar se kjo gjë ka ndodhur rrallë, dhe
- 16 pacientë ose 29.1% e tyre kanë pohuar se kjo gjë ndodh rrallë.

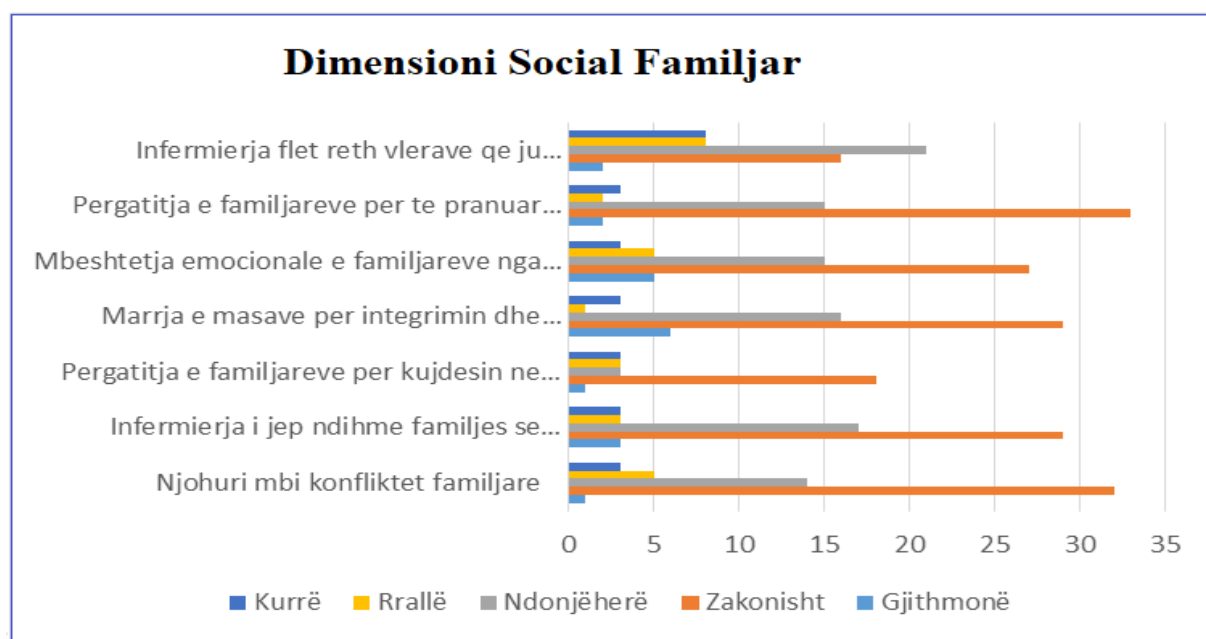
Lidhur me deklaratën **“Ofrimi i ndihmës shpirtërore”**

- Asnjë nga pacientët nuk ka deklaruar se kjo ka ndodhur gjithmonë,
- 1 prej tyre ka deklaruar se zakonisht marrin vlera të tilla nga ana e infermierëve
- 15 pacientë ose 27.3% kanë deklaruar se ndonjëherë e kanë hasur të ndodhë si fenomen,
- 26 pacientë ose 47.3% kanë pohuar se kjo gjë ka ndodhur rrallë, dhe
- 13 pacientë ose 23.6% e tyre kanë pohuar se kjo gjë ndodh rrallë.

Tabela 5.32 Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit social – familjar

Deklarata	Gjithmonë	Zakonisht	Ndonjëherë	Rrallë	Kurrë
Njohuri mbi konfliktet familjare	1 (1.8)	32 (58.2)	14 (25.5)	5 (9.1)	3 (5.5)
Infermierja i jep ndihmë familjes së pacientit në procesin e përshtatjes ndaj sëmundjes	3 (5.5)	29 (52.7)	17 (30.9)	3 (5.5)	3 (5.5)
Përgatitja e familjarëve për kujdesin në shtëpi	1 (1.8)	18 (32.7)	3 (5.5)	3 (5.5)	3 (5.5)
Marrja e masave për integrimin dhe arritjen e një marrëdhënie të përshtatshme me shoqërinë	6 (10.9)	29 (52.7)	16 (29.1)	1 (1.8)	3 (5.5)
Mbështetja emocionale e familjarëve nga ana e infermieres	5 (9.1)	27 (49.1)	15 (27.3)	5 (9.1)	3 (5.5)
Përgatitja e familjarëve për të pranuar sëmundjen e pacientit	2 (3.6)	33 (60)	15 (27.3)	2 (3.6)	3 (5.5)
Infermierja flet rreth vlerave që ju ndihmojnë në përmirësimin e situatës aktuale	2 (3.6)	16 (29.1)	21 (38.2)	8 (14.5)	8 (14.5)

* Vlerat numerike për secilën nga kategoritë janë shfaqur në formën: n (%).



Grafiku 5.32 Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit social – familjar

Lidhur me deklaratën: **Infermierja ka njohuri mbi ndonjë konflikt familjar, ajo ndërhyr për të gjetur një zgjidhje?**

- 1 (1,8%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
- 32 (58,2%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.

- 14 (25.5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 5 (9,5%) pacientë pohojnë se kjo gjë ndodh rrallë.
- 3 (5.5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Pra, shohim se sipas deklaratave të pacientëve kemi një dominim të hasjes së zakonshme të rasteve kur personeli infermieror e shpjegon procedurën që do kryejë.

Lidhur me deklaratën: **Infermierja ju jep ndihmë familjes tuaj në procesin e përshtatjes së sëmundjes që keni.**

- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
- 29 (52,7%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 17 (30,9%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Vihet re se dominon hasja me raste e kësaj dukurie, pa ndryshime të rëndësishme mes kategorive të tjera.

Lidhur me deklaratën: **Infermierja përgatit familjarët, duke i edukuar dhe trajnuar për ofrimin e kujdesit në shtëpi:**

- 1 (1,8%) pacientë ka deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
- 18 (32,7%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë, pa ndryshime statistikisht të rëndësishme mes tyre.

Lidhur me deklaratën: **Infermierja merr masat e duhura për tu integruar dhe arritur një marrëdhënie të përshtatshme me shoqërinë dhe të jesh një qytetar i mirë pavarësisht paragjykimeve ekzistente:**

- 6 (10,9%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 29 (52,7%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 16 (29,1%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 1 (1,8%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Lidhur me deklaratën: **Infermierja ju kushton kohë familjarëve të tu duke iu ofruar mbështetje emocionale:**

- 5 (9,1%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 27 (49,1%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 15 (27,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 5 (9,1%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Lidhur me deklaratën: **Infermierja përgatit familjen tuaj për të pranuar sëmundjen aktuale:**

- 2 (3,6%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 33 (60%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 15 (27,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 2 (3,6%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Lidhur me deklaratën: **Infermierja flet rreth vlerave që ju ndihmojnë në përmirësimin e situatës aktuale:**

- 2 (3,6%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh gjithmonë.
- 16 (29,1%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 21 (38,2%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 8 (14,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh rrallë.
- 8 (14,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Tabela 5.33 Vlerësimi i kujdesit infermieror në bazë të dimensionit të lidhur me stigmëm, diskriminimin.

Deklarata	Gjithmonë	Zakonisht	Ndonjëherë	Rrallë	Kurrë
Mendoni se personeli shëndetësor e ka të vështirë të kujdeset ndaj jush?	6 (10,9)	13 (23,6)	5 (9,1)	4 (7,3)	27 (49,1)
Duhet të krijoheshin spitale ekskluzive ose të vecanta për personat me HIV/AIDS?	4 (7,3)	1 (1,8)	14 (25,5)	9 (16,4)	27 (49,1)
Perceptoni se infermieret duhet ti shmangin të gjitha kontaktet me njerëzit me HIV/AIDS?	1 (1,8)	1 (1,8)	2 (3,6)	9 (16,4)	42 (76,4)
Bisedimi apo kontakti rastësor me një person me HIV mund të infektoje personat e tjerë?	11 (20)	6 (10,9)	3 (5,5)	11 (20)	24 (43,6)
Në rastet e shtrimit në spital sipas infermiereve njerëzit me HIV/AIDS duhet të izoloohen?	26 (47,3)	22 (40)	2 (3,6)	2 (3,6)	3 (5,5)
A tregon infermierja kujdes të veçantë për një pacient me HIV?	9 (16,4)	6 (10,9)	3 (5,5)	17 (30,9)	20 (36,4)
Mendon se infermierja ka frikë se mos semuret nga SIDA kur takon persona me AIDS?	1 (1,8)	2 (3,6)	4 (7,3)	19 (34,5)	29 (52,7)
Percepton se infermierja është e frikësuar se mund të përhapë virusin HIV te personat e tjerë gjatë kujdesit?	1 (1,8)	4 (7,3)	10 (18,2)	28 (50,9)	12 (21,8)

* Vlerat numerike për secilën nga kategoritë janë shfaqur në formën: n (%).

Lidhur me deklaratën: **Personeli shëndetësor e ka të vështirë të kujdeset ndaj jush:**

- 6 (10,9%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
- 13 (23,6%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 5 (9,1%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 4 (7,3%) pacientë pohojnë se kjo gjë ndodh rrallë.
- 27 (49,1%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Pra, shohim se sipas deklaratave të pacientëve kemi një dominim të hasjes së zakonshme të rasteve kur personeli infermieror e shpjegon procedurën që do kryejë.

Lidhur me deklaratën: **Duhet të krijohen spitale ekskluzive për personat me HIV/AIDS:**

- 4 (7,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
- 1 (1,8%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 14 (25,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 9 (16,4%) pacientë pohojnë se kjo gjë ndodh rrallë.
- 27 (49,1%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Pra, shohim se sipas deklaratave të pacientëve kemi një dominim të hasjes së zakonshme të rasteve kur personeli infermieror e shpjegon procedurën që do kryejë.

Lidhur me deklaratën: **Infermieret duhet ti shmangin të gjitha kontaktet me njerëzit me HIV/AIDS:**

- 1 (1,8%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
- 1 (1,8%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 2 (3,6%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 9 (16,4%) pacientë pohojnë se kjo gjë ndodh rrallë.
- 42 (76,4%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Pra, shohim se sipas deklaratave të pacientëve kemi një dominim të hasjes së zakonshme të rasteve kur personeli infermieror e shpjegon procedurën që do kryejë.

Lidhur me deklaratën: **Kontakti rastësor me një person me HIV mund të infektojë personat e tjerë:**

- 11 (20%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
- 6 (10,9%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 11 (20%) pacientë pohojnë se kjo gjë ndodh rrallë.
- 24 (43,6%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Pra, shohim se sipas deklaratave të pacientëve kemi një dominim të hasjes së zakonshme të rasteve kur personeli infermieror e shpjegon procedurën që do kryejë.

Lidhur me deklaratën: **Shtrimi në spital i personave me HIV/AIDS sipas infermiereve duhet të izolohej:**

- 26 (47,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
- 22 (40%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 2 (3,6%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 2 (3,6%) pacientë pohojnë se kjo gjë ndodh rrallë.
- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Pra, shohim se sipas deklaratave të pacientëve kemi një dominim të hasjes së zakonshme të rasteve kur personeli infermieror e shpjegon procedurën që do kryejë.

Lidhur me deklaratën: **Tregon infermierja kujdes të veçantë për një pacient me HIV apo jo:**

- 9 (16,4%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
- 6 (10,9%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 3 (5,5%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 17 (30,9%) pacientë pohojnë se kjo gjë ndodh rrallë.
- 20 (36,4%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Pra, shohim se sipas deklaratave të pacientëve kemi një dominim të hasjes së zakonshme të rasteve kur personeli infermieror e shpjegon procedurën që do kryejë.

Lidhur me deklaratën: **Infermierja ka frikë se mos sëmuret nga SIDA kur takon njerëz me AIDS:**

- 1 (1,8%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
- 2 (3,6%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 4 (7,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 19 (34,5%) pacientë pohojnë se kjo gjë ndodh rrallë.
- 29 (52,7%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Pra, shohim se sipas deklaratave të pacientëve kemi një dominim të hasjes së zakonshme të rasteve kur personeli infermieror e shpjegon procedurën që do kryejë.

Lidhur me deklaratën: **Infermierja është e frikësuar se mund të përhapë virusin HIV te personat e tjerë:**

- 1 (1,8%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh gjithmonë.
- 4 (7,3%) pacientë kanë deklaruar se kjo ndodh zakonisht.
- 10 (18,2%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë ndodh ndonjëherë.
- 28 (50,9%) pacientë pohojnë se kjo gjë ndodh rrallë.
- 12 (2,8%) pacientë kanë deklaruar se kjo gjë nuk ka ndodhur kurrë.

Tabela 5.34 Vlerësimi i kujdesit infermieror nga ana e dimensionit biologjik në bazë të karakteristikave demografike të pacientëve

Dimensioni Biologjik	Pozitiv N (%)	OR *	95% CI*	P**
Gjinia				
Femra	23 (41.8)	ref		
Meshkuj	30 (54.5)	1.30	0.7- 21.9	0.8
Mosha (mesatare, SD)				
Vendlindja				
Qytet	43 (78.2)	ref		
Fshat	10 (18.2)	0.72	0.27- 19.06	0.8
Niveli arsimor^A				
8 vjeçar	8 (14.5)	ref		
I mesëm	34 (61.8)	12.1	0.4-32.6	<0.01
Universitar	12 (21.8)	4.4	0.1-121.6	<0.01
Gjendja Civile				
Beqar	19 (34.5)	ref		
I/e Martuar	10 (18.2)	2.7	0.1-61.4	0.5
I/e Ve	12 (21.8)	3.2	0.14-72.4	0.4
I/e divorcuar	1 (1.8)	0.38	0.01-12.2	0.6
Bashkëjetesë	11 (20.0)	2.9	0.1-66.9	0.5
Profesioni				
Student	9 (16.4)	ref		
Shtëpiak	1 (1.8)	0.1	0.00-3.5	0.2
Punëtor i/e varur	22 (40.0)	7.1	0.2-190	0.3
Punëtor i/e pavarur	8 (14.5)	2.7	0.09-75.2	0.6
I/e papunë	13 (23.6)	4.2	0.15-116	0.4

* Raporti i gjasave (OR) dhe kufiri i poshtëm dhe i sipërm i intervalit të besimit 95%

**Vlera e P-së (domethënies statistikore)

^A p <0.05 për ndryshimin sipas testit statistikor hi katror.

Pacientët meshkuj kanë 1.3 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror krahasuar me femrat, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=1.3, 95%CI- 0.7-21.9).

Pacientët nga fshati kanë 0.72 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror krahasuar me pacientët nga qyteti, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR= 0.72, 95%CI: 0.27-19.06).

Pacientët me arsim të mesëm kanë 12.1 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror kundrejt pacientëve me arsim 8 vjeçar (OR=12.1; CI95%: 0.4-32.6); po ashtu edhe pacientët me arsim universitar kanë 4.4 herë më shumë gjasa krahasuar me pacientët me arsim 8 vjeçar, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=4.4; CI95%: 0.1-66.9).

Pacientët e martuar kanë 2.7 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror krahasuar me pacientët beqarë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=2.7, 95%CI: 0.1-61.4). Po kështu, pacientët e ve kanë 3.2 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=3.2, 95%CI: 0.14- 72.4).

Pacientët e divorcuar kanë 0.38 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror krahasuar me pacientët beqarë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm.

Pacientët në bashkëjetesë kanë 2.9 herë më shumë gjasa të vlerësojnë pozitivisht kujdesin infermieror, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=2.9, 95%CI: 0.1-66.9).

Pacientët punëtorë të varur kanë 7.1 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror krahasuar me pacientët studentë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=7.1, 95%CI: 0.2-19.2);

Pacientët punëtorë të pavaruar kanë 2.7 herë më shumë gjasa krahasuar me pacientët studentë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=2.7, 95%CI: 0.09- 75.2), ndërkohë që pacientët e papunë kanë 4.2 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror nga ana e dimensionit biologjik kundrejt studentëve, pa ndryshime statistikisht të rëndësishme (OR=4.2, 95%CI: 0.15-11.6).

Kështu, mund të themi se lidhur me dimensionin biologjik të kujdesit infermieror, pavarësisht një trendi pozitiv të vlerësimit të kujdesit nga ana e pacientëve, ndryshimet mes grupeve të veçanta të pacientëve vihen re duke u bazuar në nivelin arsimor. Pra pacientët me arsim të mesëm dhe të lartë kanë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror nga ana e dimensionit biologjik kundrejt pacientëve me arsim 8 vjeçar.

Tabela 5.35 Vlerësimi i kujdesit infermieror nga ana e dimensionit psikologjik në bazë të karakteristikave demografike të pacientëve

Dimensioni Psikologjik	Vlerësim pozitiv N (%)	OR *	95% CI*	P**
Gjinia				
Femra	24 (43.6)	ref		
Meshkuj	30 (54.5)	0.4	0.01-10.6	0.6
Vendlindja				
Qytet	43 (78.2)	ref		
Fshat	11 (20.0)	0.8	0.03- 20.7	0.9
Niveli arsimor				
8 vjeçar	8 (14.5)	ref		
I mesëm	33 (60.0)	1,3	0.04-35.2	0.9
Universitar	13 (23.6)	1.6	0.02-87.8	0.8
Gjendja Civile				
Beqar	21 (38.2)	ref		
I/e Martuar	9 (16.4)	0.14	0.00-3.9	0.2
I/e Ve	12 (21.8)	0.6	0.1-31.1	0.3
I/e divorcuar	1 (1.8)	0.7	0.0-4.9	0.2
Bashkëjetesë	11 (20.0)	0.6	0.2-6.4	0.4
Profesioni				
Student	10 (18.2)	ref		
Shtëpiak	2 (3.6)	0.3	0.0-15.2	0.5
Punëtor i/e varur	21 (38.2)	0.7	0.2-18.2	0.8
Punëtor i/e pavarur	8 (14.5)	0.8	0.1-45.2	0.9
I/e papunë	13	1.2	0.0-70.3	0.9

* Raporti i gjasave (OR) dhe kufiri i poshtëm dhe i sipërm i intervalit të besimit 95%

**Vlera e P-së (domethënies statistikore).

^A p <0.05 për ndryshimin sipas testit statistikor hi katror.

Pacientët meshkuj kanë 0.4 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror nga ana e dimensionit psikologjik krahasuar me femrat, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=0.4, 95%CI- 0.01-10.6).

Pacientët nga fshati kanë 0.8 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht dimensionin psikologjik të kujdesit infermieror krahasuar me pacientët nga qyteti, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR= 0.8, 95%CI: 0.03-20.7).

Pacientët me arsim të mesëm kanë 1.3 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror kundrejt pacientëve me arsim 8 vjeçar (OR=1.3; 95% CI: 0.04-35.2); po ashtu edhe pacientët me arsim universitar kanë 1.6 herë më shumë gjasa krahasuar me pacientët me arsim 8 vjeçar, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=1.6; CI95%: 0.02-87.8).

Pacientët e martuar kanë 0.14 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror krahasuar me pacientët beqarë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=0.14, 95%CI: 0.0-3.9).

Po kështu, pacientët e ve kanë 0.6 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=0.6, 95%CI: 0.1-31.1).

Pacientët e divorcuar kanë 0.7 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror krahasuar me pacientët beqarë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=0.7, 95%CI: 0.0-4.9).

Pacientët në bashkëjetesë kanë 0.6 herë më shumë gjasa të vlerësojnë pozitivisht kujdesin infermieror, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=0.6, 95%CI: 0.2-6.4).

Pacientët punëtorë të varur kanë 0.7 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror në dimensionin psikologjik krahasuar me pacientët studentë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=0.7, 95%CI: 0.2-18.2);

Pacientët punëtorë të pavaruar kanë 0.8 herë më shumë gjasa krahasuar me pacientët studentë, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=0.8, 95%CI: 0.1- 45.2), ndërkohë që pacientët e papunë kanë 1.2 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror nga ana e dimensionit biologjik kundrejt studentëve, pa ndryshime statistikisht të rëndësishme (OR=1.2, 95%CI: 0.0-70.3).

KAPITULLI VI

PËRFUNDIME, REKOMANDIME, DISKUTIME

6.1 Përfundime

- Moshë mesatare e pacientëve ishte 33.3 ± 7.9 vjeç. Moshë varioje nga 20- 55 vjeç.
- Moshë mesatare e pacientëve meshkuj në studim është $33,2 \pm 8$ vjeç, ndërsa moshë mesatare e femrave është 33.4 ± 8 vjeç.
- Niveli arsimor i infermierëve në studimin tonë rezultoi të jetë i lidhur pozitivisht me kënaqësinë e pacientit lidhur me kujdesin shëndetësor në dimensionin biologjik.
- Mes infermierëve të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” dhe infermierëve të Spitalit Rajonal të Vlorës nuk kishte diferencë në nivelin arsimor, rrjedhimisht edhe në aftësinë e tyre për të trajtuar pacientët me HIV.
- Kemi një dominim të pacientëve beqarë, të ndjekur nga pacientë të ve, e më pas në bashkëjetesë dhe më pak raste të pacientëve të martuar dhe vetëm një rast pacienti i cili ishte i divorcuar.
- Mes pacientëve dominojnë pacientët të shtruar prej disa javësh për trajtim shëndetësor, krahasuar me pacientët të cilët kanë muaj të hospitalizuar apo ata që kanë vetëm disa ditë.
- Kemi shumë pak pacientë të cilët kanë pak javë që janë diagnostikuar me HIV, kundrejt atyre që kanë vite dhe muaj që e kanë zbuluar sëmundjen e tyre.
- Pjesa më e madhe e infermierëve u kushtojnë 6-10 minuta kohë pacientëve me HIV për kujdes shëndetësor.
- Ka një dominim të infermierëve të cilët duhet të kujdesen për më shumë se 15 pacientë në një turn (43 ose 55,8% e tyre).
- Infermierët kanë deklaruar se numri i pacientëve apo ndryshe fluksi i punës gjatë një turni nuk ndikon në cilësinë apo interesin e tyre në shërbimin shëndetësor ndaj pacientit.
- Pjesa më e madhe e infermierëve kishin mangësi në njohuritë e tyre lidhur me parimet të cilat duhet të respektojnë gjatë kujdesit për pacientin, lidhur me ekzaminimet e nevojshme si dhe me kohën e duhur për fillimin e terapisë me ARV të HIV/AIDS, si dhe për procesin e trajtimit të materialeve të kontaminuara.
- Nuk ka lidhje mes eksperiencës së punës dhe njohurive lidhur me problematikat e HIV/AIDS.
- Eksperiencën e punës së infermierëve nuk ndikon në njohuritë e tyre lidhur me parimet që duhet të respektohen gjatë kujdesit shëndetësor të ofruar pacientit, lidhur me kohën e duhur për rekomandimin e ekzaminimit për HIV/AIDS, përgjigjet e testit ELISA, kohën e fillimit të terapisë me ARV, si dhe me procesin e trajtimit të materialeve të kontaminuara.
- Lidhur me dimensionin biologjik të kujdesit infermieror, pavarësisht një trendi pozitiv të vlerësimit të kujdesit nga ana e pacientëve, ndryshimet mes grupeve të veçanta të pacientëve vihen re duke u bazuar në nivelin arsimor.
- Me dimensionin psikologjik dhe me dimensionet e tjera si ai shpirtëror, social familjar, stigma dhe diskriminimi nuk ka patur lidhje statistikisht të rëndësishme mes karakteristikave socio demografike të pacientëve.
- Mes të 5 dimensioneve, vihet re se pacientët kanë vlerësuar më pak pozitivisht stigmën, diskriminimin, krahasuar me dimensionet e tjera.

6.2 Rekomandime

- Infermierët në kujdesjet e tyre duhet të përfshijnë dimensionin holistik si pjesë të kujdesit në një pacient diagnostikuar me HIV/AIDS, duke promovuar sjelljet e shëndetshme për mbrojtjen, mendore, shpirtërore, sociale, balancës fizike të familjes dhe ndërveprimin me mjedisin e pacientëve me AIDS me qëllim të krijimit të një trajtimi të efektshëm të shërimit, në përmirësimin e cilësisë së jetës.
- Qendra Spitalore Universitare duhet të kryejë një sërë aktivitetesh akademike të përhershme në lidhje me kujdesin e pacientit dhe qasjet holistike për pacientët me diagnoza HIV/AIDS, në të cilat infermierët të kryejnë aktivitete që zhvillojnë më shumë ndjeshmërinë në punën e tyre profesionale.
- Të trajtohen dhe sensibilizohen infermieret mbi rëndësinë e kujdesit integral ndaj pacientit duke konsideruar familjen si pjesë të kujdesit.
- Në formimin profesional duhen ndihmuar infermierët të bëhen të vetëdijshëm për përvojat e tyre shpirtërore, të besimit dhe jetëgjatësisë.
- Të kryhen studime të tjera kërkimore që përshkruajnë çështje të cilat përfshijnë infermierët, familjen dhe pacientin.
- Të përdoren instrumente të tjera të tilla si intervista të thella që pacientët mund të përgjigjen apo të shprehen lirshëm pa asnjë frikë.
- Të promovohen institucione të trajnimit për të forcuar burimet njerëzore në temat e tyre në lidhje me infeksionet seksualisht të transmetueshme.
Kujdes gjithëpërfshirës në mënyrë specifike ndaj HIV/AIDS.
- Të theksohet trajnimi i infermierëve në respektimin e jetës duke pasur parasysh në mënyrë holistike për të forcuar trajnimin kundër ankthit në kujdesin ndaj pacientit.
- Shkolla e infermierisë për të rritur zhvillimin dhe zbatimin e studimit kualitativ duhet të identifikojë ndjenjat, eksperiencat, përvojat dhe kuptimet e pacientëve të shtruar me HIV/AIDS rreth kujdesjeve infermierore.
- Duhet të zhvillohen kërkime sasiore, qasje në kërkim dhe të eksploroohen përcaktues për kujdesin infermieror në pacientët e shtruar në spital me HIV/AIDS.
- Infermierët duhet të marrin pjesë në kurse dhe seminare në lidhje me menaxhimin e marrëdhënieve ndërpersonale dhe zgjidhjen e konflikteve me pacientët të diagnostikuar me HIV/AIDS në përmirësimin e aftësisë së tyre, aftësisë dhe qëndrimit për kujdesin ndaj këtyre pacientëve.

6.3 Diskutime

Studimet e hershme e kanë portretizuar personelin infermieror (së bashku me punonjësit e tjerë të kujdesit shëndetësor) si të frikësuar, të keq informuar si dhe diskriminues ndaj kontaktit me pacientët me HIV-AIDS. [93]

Gjithashtu në studime lidhur me edukimin dhe trajnimin e vazhdueshëm të infermierëve mbi HIV/AIDS janë zbuluar mungesa në ofrimin e kujdesit shëndetësor, trajnimin e duhur për trajtimin e pacientëve me HIV sidomos në dimensione jo vetëm fizike e biologjike.

Me disponueshmërinë e trajtimeve antiretrovirale, HIV është i njohur gjithnjë e më shumë si një sëmundje kronike me të cilën njerëzit jetojnë për shumë vite. [94] Prandaj, ndërmarrja e këtij studimi dhe rekomandimi i vazhdimin të studimit në këtë fushë është shumë i rëndësishëm.

Lidhur me karakteristikat demografike të pacientëve, nuk u vu re ndryshim statistikisht i rëndësishëm mes infermierëve të grupmoshës < 30 vjeç (33.8%), infermierëve të grupmoshës 30-40 vjeç (24.7%), infermierëve të grupmoshës 41-50 vjeç dhe atyre të moshës më të madhe se 50 vjeç (15); ndërsa mes meshkujve (15.6%) dhe femrave (84.4%) u vu re ndryshim statistikisht i rëndësishëm.

Në studimin tonë, ashtu si në studime të tjera [95] moshë mesatare e pacientëve ishte 33.3 +/- 7.9 vjeç. Moshë varioje nga 20 - 55 vjeç. Duke e krahasuar me studime si ai i Hinkin, Charles H., et al, (2004) [96] ku moshë varioje nga 25-69 vjeç, apo i Cysique, Lucette A.,(2006) ku moshë varioje nga 28-59 vjeç; mund të themi se në kampionin tonë kemi një grup moshë më të re. Mes pacientëve 43.6% (24 raste) ishin femra dhe 56.4% (31 raste) ishin meshkuj. Sipas raportit të ISHP (2015) deri tani mes pacientëve me HIV pozitiv femra dhe meshkuj ka patur një raport 70% (613 raste) meshkuj dhe 30% (257 raste) femra. Moshë mesatare e pacientëve meshkuj në studim është 33,2 +/- 8 vjeç, ndërsa moshë mesatare e femrave është 33.4 +/- 8 vjeç, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre (Mann Whitney U= -3.6 ; p=0.8).

Niveli arsimor i infermierëve është një tregues mjaft i rëndësishëm në ofrimin e shërbimit shëndetësor si dhe në kënaqësinë e pacientit me kujdesin shëndetësor. [97] Niveli arsimor i infermierëve në studimin tonë rezultoi të jetë i lidhur pozitivisht me kënaqësinë e pacientit dhe me kujdesin shëndetësor në dimensionin biologjik (OR=12.1, 95%CI: 0.1-32.6), për nivelin e mesëm arsimor dhe (OR=4.4; CI95%: 0.1-66.9) për arsimin universitar. Pra pacientët me arsim të mesëm kanë 12.1 herë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror kundrejt pacientëve me arsim 8 vjeçar. Po ashtu edhe pacientët me arsim universitar kanë 4.4 herë më shumë gjasa krahasuar me pacientët me arsim 8 vjeçar, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm (OR=4.4; CI95%: 0.1-66.9).

Infermierët e intervistuar ishin nga shërbimi i infektivit dhe pediatriisë pranë QSUT-së dhe SRV. Kështu, personeli infermieror i infektivit ka qënë përkatësisht 16 ose 20.8% nga QSUT dhe 21 ose 27.3% nga Spitali Rajonal i Vlorës. Ndërkohë nga pavioni i Pediatriisë kanë qënë 19 ose 24.7% e infermierëve nga QSUT, dhe 21 ose 27.3% nga Spitali Rajonal i Vlorës, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm mes dy institucioneve përkatësisht në shërbimet e pediatriisë dhe infektivit.

Duhet theksuar se mes infermierëve të Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza” dhe infermierëve të Spitalit Rajonal të Vlorës nuk kishte diferenca në nivelin arsimor, rrjedhimisht edhe në aftësinë e tyre për të trajtuar pacientët me HIV.

Pacientët rezultuan të kishin ndryshime statistikisht të rëndësishme mes nivelit arsimor të tyre, ku pjesën më të madhe e zinin pacientët me arsim të mesëm (61.8%) duke u ndjekur nga ata me arsim të lartë (21.8%) e më pak nga ata me arsim 8 vjeçar (16.1). Vihet re se kemi një dominim të pacientëve beqarë, të ndjekur nga pacientë të ve, e më pas në bashkëjetesë dhe më pak raste të pacientëve të martuar dhe vetëm një rast pacienti i cili ishte i divorcuar, me ndryshim statistikisht të rëndësishëm mes grupeve (p=0.001) .78.2% e pacientëve ose 43 pacientë kishin lindur në zonë urbane kundrejt 21.8% të pacientëve të cilët kishin lindur në zonë rurale.

Gjithashtu, duhet theksuar se mes pacientëve dominojnë pacientë të shtruar prej disa javësh për trajtim shëndetësor, krahasuar me pacientët të cilët kanë muaj të

hospitalizuar apo ata që kanë vetëm disa ditë. Vihet re se, kemi shumë pak pacientë të cilët kanë pak javë që janë diagnostikuar me HIV, kundrejt atyre që kanë vite dhe muaj që e kanë zbuluar sëmundjen e tyre, me ndryshim sinjifikant mes tyre ($p \leq 0.05$).

Një indikator tepër i rëndësishëm në kujdesin infermieror ndaj pacientëve është edhe koha të cilën ata i kushtojnë pacientit me qëllim kujdesin shëndetësor. 46.8% e infermierëve kanë deklaruar se i kushtojnë 6-10 minuta kohë çdo patienti për kujdes shëndetësor, 13% kanë deklaruar se u kushtojnë jo më shumë se 5 minuta, dhe 40.3% prej infermierëve kanë deklaruar se u kushtojnë më shumë se 10 minuta pacientëve me HIV për kujdes shëndetësor.

Një tregues tepër i rëndësishëm për efektivitetin e punës së personelit infermieror është edhe kohëzgjatja e turnit të punës. Nga QSUT, 97.4% e personelit punojnë me turne 8 orarëshe, dhe vetëm një infermier me turn 16 orarësh. Nga Spitali Rajonal i Vlorës u vu re se i gjithë personeli infermieror i intervistuar punonte me turne 8 orarëshe dhe asnjë me turne më të zgjatura, pa ndryshim statistikisht të rëndësishëm ($\chi^2 = 2.49$, $p = 0.3$). Prej tyre 56.7% infermierë punojnë me turne të kombinuara, 24.7% vetëm turn i parë dhe 10.4% vetëm turn i parë dhe i dytë.

U vu re se mes personelit infermieror të intervistuar 72 ose 93,5% prej tyre pohuan të ishin kujdesur për pacientë me HIV dhe vetëm 5 prej tyre e mohuan një gjë të tillë. Duhet theksuar se mes personelit infermieror të Spitalit të Vlorës kujdesi apo hasja e kujdesit shëndetësor infermieror ishte më e rrallë në periudhë kohore, pasi edhe ato raste të pacientëve me HIV referohen më pas për në Qendrën e Kujdesit në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza” në Tiranë.

Ka një dominim të infermierëve të cilët duhet të kujdesen për më shumë se 15 pacientë në një turn (43 ose 55,8% e tyre) ; duke u ndjekur nga 19 infermierë (24,7%) të cilët duhet të kujdesen për 1-6 pacientë për turn dhe 15 infermierë të cilët duhet të kujdesen për 7-15 pacientë për turn. Kështu u krye një analizë e numrit të pacientëve të kujdesur nga infermierët për çdo turn dhe interesin e treguar lidhur me kujdesin shëndetësor ndaj pacientëve me HIV, për të parë nëse fluksi i punës ndikon te cilësia e kujdesit shëndetësor. Kështu rezulton se infermierët kanë deklaruar se numri i pacientëve apo ndryshe fluksi i punës gjatë një turni nuk ndikon në cilësinë apo interesin e tyre në shërbimin shëndetësor ndaj pacientit. Të njëjtin rezultat ka raportuar edhe Duffield, Christine, et al.(2011)

Lidhur me njohuritë e infermierëve për çështjet bazë të kujdesit shëndetësor të HIV/AIDS. U vu re se pjesa më e madhe e infermierëve kishin mungesa në njohuritë e tyre lidhur me parimet të cilat duhet ti respektojnë gjatë kujdesit për patientin, lidhur me ekzaminimet e nevojshme dhe me kohën e duhur për fillimin e terapisë me ARV të HIV/AIDS, si dhe për procesin e trajtimit të materialeve të kontaminuara.

Njohuritë lidhur me parimet që duhet të respektojnë janë shumë të rëndësishme për të siguruar një kujdes shëndetësor cilësor, por edhe njohuritë mbi ekzaminimet e nevojshme janë të domosdoshme për praktikën e përditshme profesionale të infermierëve. Procesi i trajtimit të materialeve të kontaminuara është një pikë tjetër akoma edhe më e rëndësishme. Kjo sepse në rradhë të parë, nëse ai personel nuk ka njohuri se çfarë procedurash të ndjekë për trajtimin e këtyre materialeve mund të

rrezikojë veten ndaj infektimit me HIV, dhe nga ana tjetër të rrezikojë edhe personat e tjerë përreth.

Infermierët rezultuan të kishin njohuri të mira lidhur me fiziologjinë e sëmundjes, protokollet që duhen ndjekur në raste të veçanta, mënyrat e transmetimit të sëmundjes, mënyrat e mbrojtjes nga infektimi me HIV.

U analizua gjithashtu një lidhje e mundshme mes eksperiencës së punës së infermierëve dhe mungesave që ata rezultuan të kishin në njohuritë e tyre lidhur me HIV/AIDS. Kjo ishte edhe një nga hipotezat e ngritura në fazat e para të studimit. Pra që infermierët të cilët kishin më shumë vite eksperiencë pune do të kishin më shumë njohuri se infermierët me më pak vite eksperiencë pune. Por realisht, në kampionin tonë të studimit rezultoi se nuk ka lidhje mes eksperiencës së punës dhe njohurive lidhur me problematikat e HIV/AIDS.

Duke u bazuar në testimin mbi gjasat mes kategorive lidhur me njohuritë e infermierëve mund të themi se eksperiencia e punës së infermierëve nuk ndikon në njohuritë e tyre lidhur me parimet që duhet të respektohen gjatë kujdesit shëndetësor të ofruar pacientit, lidhur me kohën e duhur për rekomandimin e ekzaminimit për HIV/AIDS, përgjigjet e testit ELISA, kohën e fillimit të terapisë me ARV, si dhe me procesin e trajtimit të materialeve të kontaminuara.

Lidhur me dimensionin biologjik të kujdesit infermieror, pavarësisht një trendi pozitiv të vlerësimit të kujdesit nga ana e pacientëve, ndryshimet mes grupeve të veçanta të pacientëve vihen re duke u bazuar në nivelin arsimor. Pra pacientët me arsim të mesëm dhe të lartë kanë më shumë gjasa për të vlerësuar pozitivisht kujdesin infermieror nga ana e dimensionit biologjik kundrejt pacientëve me arsim 8 vjeçar. Ndërkohë që me dimensionin psikologjik dhe me dimensionet e tjera si ai shpirtëror, social familjar, stigma dhe diskriminimi nuk ka patur lidhje statistikisht të rëndësishme mes karakteristikave socio demografike të pacientëve. Mes të 5 dimensioneve, vihet re se pacientët kanë vlerësuar më pak pozitivisht stigmën, diskriminimin, krahasuar me dimensionet e tjera. Pra mes pacientëve vihet re një pakënaqësi lidhur me faktin si trajtohen nga infermierët në momentin e kujdesit shëndetësor.

Respektivisht, kur ata pyeten se nëse infermierët kanë shprehur se pacientët me HIV duhet të izolohen gjatë hospitalizimit, ata kanë deklaruar se kjo gjë thuhet ndodh gjithmonë. Po kështu kur ata pyeten nëse infermieri tregon kujdes të veçantë për pacientin me HIV, ata janë shprehur se kjo gjë ndodh rrallë (34.5% të rasteve) dhe kurrë (36.4%), kundrejt atyre që janë përgjigjur se kjo gjë ndodh ndonjëherë (5.5%), zakonisht (10.9%) dhe gjithmonë (16.4%).

7. REFERENCAT

1. Burgos Morales B. Efectividad del Programa Psicoespiritual Camiliano en el cuidado integral y actitudes de apoyo que brinda el personal de salud a los pacientes con VIH/SIDA del Hogar San Camilo. [Tesis Licenciatura]. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Universidad Ricardo Palma de Lima; 2007.
2. Cuestiones Mundiales, ONUSIDA/OMS: panorama mundial de la epidemia del SIDA. Sistemas de salud para el VIH/SIDA y otras enfermedades. Publicación electrónica del departamento de Estado de Estados Unidos, diciembre 2001, volumen 6, número 3 [fecha de acceso 10 de junio 2011]. <http://www.usembassy-mexico.gov/bbf/ej/ijgs1201.pdf>
3. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA /2011. cómo llegar a cero: más rápido, más inteligente, mejor. [fecha de acceso 7 de marzo 2012]. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf
4. Ponzi M. Fármacos gratuitos y asistencia adecuada para el SIDA, L'OSSERVATORE ROMANO, N° 30, 24 - 07 – 11. Pág. 11-12.
5. De Sousa S, Gimenez M, Freitag L, Okino N. Uso de La proxemia como modelo teórico para El análisis de la comunicación con portadores de sida. [fecha 20 de agosto de 2011]. <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd2314.pdf>.76 Historia del SIDA, Un recuento de los sucesos del sida desde sus inicios hasta el día de hoy, sus primeras víctimas y los avances de hoy; 2010, [fecha acceso el 23 de octubre de 2012].
6. Historia de las epidemias y pandemias. [fecha de acceso el 23 de octubre de 2012], http://www.slideshare.net/Eiza_16_Virgo/historia-de-las-epidemias
7. Periodo extraordinario de sesiones de la asamblea general sobre el VIH/SIDA, ONUSIDA, México.[fecha acceso 12 de julio de 2012] disponible en: http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/eventos/p_x26_ag.htm
8. Aciprensa. La Iglesia ante el SIDA. [fecha de acceso 12/10/2012] Disponible en: <http://www.aciprensa.com/sida/iglesia.htm>.
9. Análisis de la situación epidemiología del VIH/SIDA en el Perú – bases Epidemiológicas para la prevención y control. [Fecha de acceso 15 de julio 2011]. http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis19.pdf
10. Harxhi, Dragoti et al. Agolli, Irida. "Challenges of Persons Living With HIV/AIDS in Albania Utilizing the Framework of Human Rights." *Anglisticum* 4.6 (2015).
11. Nunn, Andrew J., et al. "Migration and HIV-1 seroprevalence in a rural Ugandan population." *Aids* 9.5 (1995): 503-hyhen.
12. Conopoima Z. Guzmán C. y Valdez B. Calidad de Atención de enfermería en pacientes con VIH /SIDA. [Tesis Licenciatura]. Venezuela: Universidad central de Venezuela facultad de Medicina Escuela de Enfermería; 2001.

13. Cardozo Y. Pérez V. y Reyes M. Participación del Profesional de Enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con SIDA hospitalizado en Unidad clínica de medicina del Hospital Central de Maracay. [Tesis Licenciatura]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela Experimental de Enfermería; 2011.
14. Servicio de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Hospital Dos de Mayo 2011. Veinte años de atención hospitalaria a la persona viviendo con VIH en Lima. [fecha de acceso 09 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.cvcc-vih.com/banco/practicas-en-vih/banco-de-practicas-en>
15. Conopoima Z. Guzmán C. y Valdez B. Calidad de Atención de enfermería en pacientes con VIH /SIDA. [Tesis Licenciatura]. Venezuela: Universidad central de Venezuela facultad de Medicina Escuela de Enfermería; 2001
16. Cardozo Y. Pérez V. y Reyes M. Participación del Profesional de Enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con SIDA hospitalizado en Unidad clínica de medicina del Hospital Central de Maracay. [Tesis Licenciatura]. Venezuela: Universidad Central de Venezuela Facultad de Medicina Escuela Experimental de Enfermería; 2011. [fecha de acceso 14 de abril 2012].
17. Marroquín C. "Conocimientos del personal de enfermería sobre cuidado integral a pacientes con VIH/SIDA en fase terminal hospitalizados en los servicios de medicina de hombres y mujeres del hospital nacional de Chimaltenango" [Tesis de Licenciatura]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala facultad de ciencias médicas Escuela Nacional de Enfermeras; 2011. [fecha de acceso 10 Octubre 2012].
18. Jhonston, C. Actitudes del paciente con VIH/SIDA hacia su seropositividad en el Hospital María Auxiliadora. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos facultad de medicina humana E. A.P. de enfermería; 2006
19. Delgado M. "Percepción del paciente con SIDA sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Infectología del Hospital Nacional Dos de Mayo 2007" [Tesis Licenciatura] Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos de Lima; 2007.
20. . Quispe B. Presencia de la dimensión humana en la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA en Hospitales del 3er nivel de atención del MINSA enero- febrero 2007. [fecha de acceso 05 de noviembre 2012].
21. Quispe B. Presencia de la dimensión humana en la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA en Hospitales del 3er nivel de atención del MINSA enero- febrero 2007. [fecha de acceso 05 de noviembre 2012].
22. Quispe Pacheco, Brigit Jessica. "Presencia de la dimensión humana en la atención que brinda la enfermera a pacientes en estadio SIDA en hospitales del 3er nivel de atención del MINSA, enero-febrero, 2007." (2007).
23. Rivas, Alarcon, and Hipolita Antonia. "Cuidado integral de enfermería según los pacientes hospitalizados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2012." (2012).

24. Pinzón, Yesica Daniela Liscano, and John Harold Estrada Montoya. "Exploración y análisis a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la pandemia del VIH-SIDA." *Acta Odontológica Colombiana* 5.1 (2015): 117-131.
25. ONUSIDA. Ayuda Memoria sobre la situación del VIH/SIDA y el estigma y la discriminación en el Perú. [fecha de acceso 27 de setiembre http://www.consejoprensaperuana.org.pe/tempo/arch/ayuda_mem.doc]
26. Burgos, R., and B. Martínez. "Atención Psicoespiritual Camiliano a los Pacientes con VIH-SIDA." *Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Universidad Ricardo Palma Lima-Perú* (2008).
27. Bravo, Moya, and Malhy Carmín. "Sentido de coherencia y adhesión terapéutica antirretroviral en personas con VIH SIDA." (2015).
28. Bermejo, Jordi. "Hacia una salud holística." *Red latinoamericana de Gerontología* (2005): 203-204.
29. Burgos, R., and B. Martínez. "Atención Psicoespiritual Camiliano a los Pacientes con VIH-SIDA." *Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza. Universidad Ricardo Palma Lima-Perú* (2008).
30. Moreno M., Muñoz S., Alvis T, Grupo Cuidado; El Arte y la Ciencia del Cuidado, Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Editorial Unibiblos; Bogotá; 2006.
31. Watson, Jean. "A teoria do cuidado humano de Watson e as experiências subjetivas de vida: fatores caritativos/caritas processes como um guia disciplinar para a prática profissional de enfermagem." *Texto Contexto Enferm [periódico na Internet]* (2007).
32. Aguilar, Eloy Margarita. *Guía para enfermeras en la atención del paciente con VIH/SIDA*. CENSIDA, 1992.
33. Restrepo, María Helena. "Cuidado paliativo: una aproximación a los aspectos éticos en el paciente con cáncer." *Persona y Bioética* 9.25 (2005): 6-45.
34. Higuera, José Carlos Bermejo. *Sida, una vida en el camino: líneas de acción pastoral*. Paulinas, 1990.
35. Ortí, Vicente Cárcel. *Historia de la Iglesia III: La Iglesia en la época contemporánea*. Palabra, 2009.
36. Schwartz, Shalom H. "¿Existen aspectos universales en la estructura y contenido de los valores humanos." *Psicología social de los valores humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados* (2001): 53-77.
37. Malcolm, Anne, et al. "HIV-related stigmatization and discrimination: Its forms and contexts." *Critical public health* 8.4 (1998): 347-370.
38. Leserman, Jane. "Role of depression, stress, and trauma in HIV disease progression." *Psychosomatic Medicine* 70.5 (2008): 539-545.
39. Barroso, Julie, and Gail M. Powell-Cope. "Metasynthesis of qualitative research on living with HIV infection." *Qualitative health research* 10.3 (2000): 340-353.
40. Vincent, M. A., et al. "Inhibiting NOS blocks microvascular recruitment and blunts muscle glucose uptake in response to insulin." *American Journal of Physiology-Endocrinology And Metabolism* 285.1 (2003): E123-E129.

41. Heckman, Timothy G., et al. "Emotional distress in nonmetropolitan persons living with HIV disease enrolled in a telephone-delivered, coping improvement group intervention." *Health Psychology* 23.1 (2004): 94.
42. Lee, Rachel S., Arlene Kochman, and Kathleen J. Sikkema. "Internalized stigma among people living with HIV-AIDS." *AIDS and Behavior* 6.4 (2002): 309-319.
43. Bouhnik, Anne-Déborah, et al. "Depression and clinical progression in HIV-infected drug users treated with highly active antiretroviral therapy." *Antiviral ther* 10.1 (2005): 53-61.
44. Rintamaki, Lance S., et al. "Social stigma concerns and HIV medication adherence." *AIDS Patient Care & STDs* 20.5 (2006): 359-368.
45. Petitto, John M., et al. "High versus low basal cortisol secretion in asymptomatic, medication-free HIV-infected men: Differential effects of severe life stress on parameters of immune status." *Behavioral Medicine* 25.4 (2000): 143-151.
46. Berger, Barbara E., Carol Estwing Ferrans, and Felissa R. Lashley. "Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale¶." *Research in nursing & health* 24.6 (2001): 518-529.
47. Morrison, Shane D., et al. "Barriers to care and current medical and social needs of HIV-positive patients in Albania." *Central European journal of public health* 19.2 (2011): 91.
48. Gruber, Janet. "Does conflict increase vulnerability to HIV infection? Issues for a research agenda." *African journal of AIDS research* 5.1 (2006): 41-48.
49. Barnett, Tony, and Justin Parkhurst. "HIV/AIDS: sex, abstinence, and behaviour change." *The Lancet infectious diseases* 5.9 (2005): 590-593.
50. Cook, Paul B., Peter D. Lukasiewicz, and John S. McReynolds. "Action potentials are required for the lateral transmission of glycinergic transient inhibition in the amphibian retina." *The Journal of neuroscience* 18.6 (1998): 2301-2308.
51. Antoni, Michael H., et al. "Stress management and immune system reconstitution in symptomatic HIV-infected gay men over time: Effects on transitional naïve T cells (CD4+ CD45RA+ CD29+)." *American Journal of Psychiatry* (2002).
52. Wang, Cunlin, et al. "Mortality in HIV-seropositive versus-seronegative persons in the era of highly active antiretroviral therapy: implications for when to initiate therapy." *Journal of Infectious Diseases* 190.6 (2004): 1046-1054.
53. Coughlan, Marie. "Pain and palliative care for people living with HIV/AIDS in Asia." *Journal of pain & palliative care pharmacotherapy* 17.3-4 (2004): 91-104.
54. Harding, Richard, et al. "Evaluation of a short-term group intervention for informal carers of patients attending a home palliative care service." *Journal of pain and symptom management* 27.5 (2004): 396-408.
55. Laschinger, Susan Jane, et al. "Health care providers' and patients' perspectives on care in HIV ambulatory clinics across Ontario." *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 16.1 (2005): 37-48.
56. Sepulveda, Cecilia, et al. "Quality care at the end of life in Africa." (2003).
57. Pape, Ulla. *The politics of HIV/AIDS in Russia*. Vol. 92. Routledge, 2013.

58. Kohlenberg, Betty, and Meredith W. Watts. "Considering work for people living with HIV/AIDS: Evaluation of a group employment counseling program." *Journal of Rehabilitation* 69.1 (2003): 22.
59. Lightfoot, Marguerita, and Charles Healy. "Career development, coping, and emotional distress in youth living with HIV." *Journal of Counseling Psychology* 48.4 (2001): 484.
60. Du, Zhihua, et al. "Base-pairings within the RNA pseudoknot associated with the simian retrovirus-1 gag-pro frameshift site." *Journal of molecular biology* 270.3 (1997): 464-470.
61. Rumrill, Phillip D., Richard T. Roessler, and Bryan G. Cook. "Improving career re-entry outcomes for people with multiple sclerosis: A comparison of two approaches." *Journal of Vocational Rehabilitation* 10.3 (1998): 241-252.
62. Hays, Ron D., et al. "Health-related quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection in the United States: results from the HIV Cost and Services Utilization Study." *The American journal of medicine* 108.9 (2000): 714-722.
63. Shehan, Constance L., et al. "To tell or not to tell: Men's disclosure of their HIV-positive status to their mothers*." *Family Relations* 54.2 (2005): 184-196.
64. Serovich, Julianne M., Penny S. Brucker, and Jacob A. Kimberly. "Barriers to social support for persons living with HIV/AIDS." *Aids Care* 12.5 (2000): 651-662.
65. Parker, Richard Guy, and Peter Aggleton. *HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action*. New York: Population Council, 2002.
66. Wolitski, Richard J., et al. "Are we headed for a resurgence of the HIV epidemic among men who have sex with men?." *American journal of public health* 91.6 (2001): 883.
67. Thorne, Claire, and Marie-Louise Newell. "Mother-to-child transmission of HIV infection and its prevention." *Current HIV research* 1.4 (2003): 447-462.
68. Rankin, William W., et al. "The stigma of being HIV-positive in Africa." *PLoS Med* 2.8 (2005): 247.
69. Bubnova, Olga, et al. "Optimization of the thermoelectric figure of merit in the conducting polymer poly (3, 4-ethylenedioxythiophene)." *Nature materials* 10.6 (2011): 429-433.
70. Cosma, Antonio, et al. "Enhanced HIV infectivity and changes in GP120 conformation associated with viral incorporation of human leucocyte antigen class I molecules." *Aids* 13.15 (1999): 2033-2042.
71. Sandelowski, Margarete, Camille Lambe, and Julie Barroso. "Stigma in HIV-Positive Women." *Journal of Nursing Scholarship* 36.2 (2004): 122-128.
72. Kawewe, Saliwe M. "The impact of gender disempowerment on the welfare of Zimbabwean women." *International social work* 44.4 (2001): 471-485.
73. Mthembu, Promise. "A positive view." *Agenda* 14.39 (1998): 26-29.

74. Seidel, G., and V. Tallis. "Reconceptualising the issues surrounding HIV and breastfeeding and the information given to women by health workers: findings from sociological research in KwaZulu-Natal." *South Africa (unpublished)* (1999).
75. Chen, Feinian, et al. "Improper solutions in structural equation models causes, consequences, and strategies." *Sociological Methods & Research* 29.4 (2001): 468-508.
76. Manchester, Joanne, and Promise Mthembu. "Positive women: voices and choices." *Gender and Development In Brief* (2002).
77. Gostin, Lawrence O., and David W. Webber. "HIV infection and AIDS in the public health and health care systems: the role of law and litigation." *JAMA* 279.14 (1998): 1108-1113.
78. Herek, Gregory M., et al. "Correlates of internalized homophobia in a community sample of lesbians and gay men." *Journal-Gay and Lesbian Medical Association* 2 (1998): 17-26.
79. Cunningham, Mark O., and Roland SG Jones. "The anticonvulsant, lamotrigine decreases spontaneous glutamate release but increases spontaneous GABA release in the rat entorhinal cortex in vitro." *Neuropharmacology* 39.11 (2000): 2139-2146.
80. Catania, Joseph A., et al. "Predictors of condom use and multiple partnered sex among sexually-active adolescent women: Implications for aids-related health interventions." (1989): 514-524.
81. Moore, Ami R., and Joseph Oppong. "Sexual risk behavior among people living with HIV/AIDS in Togo." *Social science & medicine* 64.5 (2007): 1057-1066.
82. Saito, Fumiaki, et al. "Unique role of dystroglycan in peripheral nerve myelination, nodal structure, and sodium channel stabilization." *Neuron* 38.5 (2003): 747-758.
83. Campbell, Catherine, et al. "'I have an evil child at my house': Stigma and HIV/AIDS management in a South African community." *American journal of public health* 95.5 (2005): 808-815.
84. Hogben, Matthew, et al. "The effectiveness of HIV partner counseling and referral services in increasing identification of HIV-positive individuals: a systematic review." *American journal of preventive medicine* 33.2 (2007): S89-S100.
85. Pinkerton, Steven D., and Carol L. Galletly. "Reducing HIV transmission risk by increasing serostatus disclosure: a mathematical modeling analysis." *AIDS and Behavior* 11.5 (2007): 698-705.
86. Varma, Deepthi, et al. "Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: relationship with depression and post-traumatic stress disorder." *Journal of affective disorders* 102.1 (2007): 227-235.
87. Dixon-Mueller, Ruth, and Adrienne Germain. "Fertility regulation and reproductive health in the Millennium Development Goals: the search for a perfect indicator." *American Journal of Public Health* 97.1 (2007): 45-51.
88. Nuwagaba-Biribonwoha, H., et al. "Challenges faced by health workers in implementing the prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programme in Uganda." *Journal of Public Health* 29.3 (2007): 269-274.

89. Mavhandu-Mudzusi, Azwihangwisi H., Vhonani O. Netshandama, and Mashudu Davhana-Maselesele. "Nurses' experiences of delivering voluntary counseling and testing services for people with HIV/AIDS in the Vhembe District, Limpopo Province, South Africa." *Nursing & health sciences* 9.4 (2007): 254-262.
90. McCullough, Louise D., et al. "Aromatase cytochrome P450 and extragonadal estrogen play a role in ischemic neuroprotection." *The Journal of neuroscience* 23.25 (2003): 8701-8705.
91. Dhai, Amaboo, and Ray Noble. "Ethical issues in HIV." *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 19.2 (2005): 255-267.
92. Hayter, Roger. *The dynamics of industrial location: the factory, the firm, and the production system*. Chichester: Wiley, 1997.
93. TIERNEY, ALISON J. "HIV/AIDS—knowledge, attitudes and education of nurses: A review of the research." *Journal of Clinical Nursing* 4.1 (1995): 13-21.
94. Nattabi, Barbara, et al. "A systematic review of factors influencing fertility desires and intentions among people living with HIV/AIDS: implications for policy and service delivery." *AIDS and Behavior* 13.5 (2009): 949-968.
95. Hinkin, Charles H., et al.,. "Medication adherence in HIV-infected adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse." *AIDS (London, England)* 18.Suppl 1 (2004): S19.
96. Cysique, Lucette A., Paul Maruff, and Bruce J. Brew. "Prevalence and pattern of neuropsychological impairment in human immunodeficiency virus–infected/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) patients across pre- and post-highly active antiretroviral therapy eras: a combined study of two cohorts clinical report." *Journal of neurovirology* 10.6 (2004): 350-357.
97. Duffield, Christine, et al. "Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes." *Applied Nursing Research* 24.4 (2011): 244-255. Historia del SIDA, Un recuento de los sucesos del sida desde sus inicios hasta el día de hoy, sus primeras víctimas y los avances de hoy; 2010, [fecha acceso el 23 de octubre de 2012]

8. ANEKSE

Më poshtë paraqiten Shtojca 1 dhe 2, përkatësisht Leja Etike e punëdhënësit të QSUT dhe 2 Pyetësorët e plotësuar nga personeli infermieror dhe pacientët

8.1 ANEKSI 1, Leja Etike e punëdhënësit të QSUT

Tiranë më ___/___/ 2013
Kërkesë për Leje Etike
Drejtuar: Qendrës Spitalore Universitare “Nënë Tereza”
<u>TIRANË</u>
Unë e nënshkruara Glodiana Sinanaj, Pedagoge efektive pranë Universitetit të Vlorës “Ismail Qemali”, Fakulteti i Shëndetit Publik, Departamenti i Infermierisë, kërkoj aprovimin e Lejes Etike nga ana e Drejtorisë së Spitalit Rajonal të Vlorës, për realizimin e studimit tim me temë “Kujdesi dhe menaxhimi infermieror (për lëkurën) në pacientët me HIV”, temë për doktoraturë pranë Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike të Universitetit të Mjekësisë Tiranë, nën udhëheqjen e Prof. Asoc. Arjan Harxhi.
Shpresoj që kërkesa ime do të merret parasysh.
Me respekt PhD. Glodiana Sinanaj

8.2 ANEKSI 2, Leje Etike e Punëdhënësit të SRV

Tirane me ___/___/ 2013
Kërkesë për Leje Etike
Drejtuar: Drejtorisë së Spitalit Rajonal Vlorë.
Unë e nënshkruara Glodiana Sinanaj, Pedagoge efektive pranë Universitetit të Vlorës “Ismail Qemali”, Fakulteti i Shëndetit Publik, Departamenti i Infermierisë, kërkoj aprovimin e Lejes Etike nga ana e Drejtorisë së Spitalit Rajonal të Vlorës, për realizimin e studimit tim me temë “Kujdesi dhe menaxhimi infermieror (për lëkurën) në pacientët me HIV”, temë për doktoraturë pranë Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike të Universitetit të Mjekësisë Tiranë, nën udhëheqjen e Prof. Asoc. Arjan Harxhi.
Shpresoj që kërkesa ime të merret parasysh
Me respekt PhD. Glodiana Sinanaj

8.3. Pyetësi për infermierët

KUJDESI INFERMIEROR NË PACIENTËT ME HIV/AIDS, PËR TË PËRMIRËSUAR CILËSINË E JETËS SË TYRE	
PYETËSORI I	
Data: ___/___/___2015___ Institucioni: QSUT “NËNË TEREZA” Shërbimi: INFEKTIV Profesioni: INFERMIER	
1. Moshë: <input type="checkbox"/> nën 30 vjeç <input type="checkbox"/> 30-40 vjeç <input type="checkbox"/> 41-50 vjeç <input type="checkbox"/> mbi 50 vjeç	2. Gjinia: <input type="checkbox"/> Femër <input type="checkbox"/> Mashkull
3. Niveli arsimor: a) I mesëm b) Universitar c) Pasuniversitar (Master)	4. Sa kohë keni afërsisht në institucionin e Spitalit ku aktualisht jeni duke punuar? a) < 1 vit b) 1 – 10 vjet c) > 10 vjet
5. Sa kohë i kushtoni ndërveprimin të (kujdesit) me pacientin? a) 0 - 5min. b) 6 min - 10 min. c) > 10 min.	6. Për sa pacientë kushtoni kujdes në turn? a) 1-6 Pacientë b) 7 deri në 15 pacientë c) > 15 pacientë
7. Gjatë orarit të punës bëni pushime aktive (kohë për të folur me kolegët, të përgjigjeni në telefon, etj)? a) Asnjëherë b) Ndonjëherë c) Gjithmonë	8. Zakonisht sa orë kryeni ne turn? a) 8 orë b) 16 orë c) Më shumë se 16 orë
9. Përgjithësisht në cilin turn punoni?	10. Në sa institucione punoni aktualisht

<p>a) Vetëm turni I</p> <p>b) Vetëm turni II</p> <p>c) Vetëm turni III</p> <p>d) Vetëm turni I & II</p> <p>e) me tre turne</p>	<p>?</p> <p>a) një vend pune</p> <p>b) 2-3 vende pune</p> <p>c) > 3 vende pune</p>
<p>11. A kujdeseni ju për pacientë me HIV?</p> <p><input type="checkbox"/> Po</p> <p><input type="checkbox"/> Jo</p>	<p>12. Nëse po sa përqind të pacientëve zënë ata?</p> <p>a) 0 % - 20 %</p> <p>b) 20% - 40%</p> <p>c) 40% - 60%</p> <p>d) 60% - 80%</p> <p>dh) 80% - 100%</p>

PYETËSORI II	ASPAK DAKORT	PJESËRISHT DAKORT	PLOTËSISHT DAKORT
1. Unë e kam të vështirë të trajtojë çështjen e sëmundjes me të afërmit e pacientëve.			
2. Unë mund të flas me familjarët e pacientit rreth sëmundjes së tij.			
3. Tregoj interes në momentin e marrjes në dorëzim së pacientëve me HIV/AIDS.			
4. Promovoj komunikim të vazhdueshëm mes meje dhe pacientit.			
5. Unë siguroj mbështetje emocionale dhe psikologjike te pacienti kur ai ka nevojë për atë.			
6. Unë ofroj besim dhe shpresë gjatë trajtimit dhe kujdesjes së pacientëve me HIV/AIDS.			
7. Une nxit familjarët e pacientit për të kuptuar rëndësinë e sigurimit, të mbështetjes emocionale për pacientët me HIV/AIDS.			
8. Unë nuk e gjykoj pacientin me HIV/AIDS nga stili i jetës që bën.			
9. Më duhet të harmonizoj punën time me atë të kolegëve të tjerë për të siguruar kujdes për pacientët me HIV/AIDS.			
10. Unë e kuptoj sjelljen dhe reagimet emocionale te pacientët në lidhje me gjendjen shëndetësore që po përjetojnë.			

13. Unë ndihem e pasigurt kur pacienti me HIV më pyet mua, në lidhje me diçka rreth sëmundjes së tij.			
14. Unë i mendoj takime të panevojshme me kolegët për të diskutuar vendimmarrjen për kujdesin e pacientit.			
15. Unë e konsideroj të rëndësishëm edukimin shëndetësor të të afërmeve të pacientëve me HIV/AIDS në patologji.			
16. Unë jam e sigurt dhe di se si të aplikoj të gjitha masat që sigurojnë mbrojtjen në dispozicion.			
17. Unë e di se si të kujdesem ndaj pacientit me HIV/AIDS.			
18. Unë nuk shqetësohem për të kërkuar ndihmë nga profesionistë të tjerë, si një mjet për mbështetjen e familjes.			
19. Ndihem nervoz kur të afërmit e pacientëve me HIV/AIDS më pyesin për informacion ose ndihmë.			
20. Unë synoj që të mos shikoj në sy kur pacienti më pyet mua për diçka.			
21. Unë kujdesem të mos ia deklarojë diagnozën e pacientit askujt, as familjarëve pa pëlqimin e pacientit.			
22. Përshëndes në mënyrë miqësore pacientin sa herë që hyj në dhomën e tij.			

23. Gjatë kujdesjeve identifikoj pacientin bazuar në emër.			
24. Kujdesem për të mbrojtur privatësinë e pacientit dhe familjes së tij.			
25. Kujdesem për të mbrojtur konfidencialitetin e pacientit dhe familjes së tij.			
26. Unë ndihem e zemëruar kur pacienti është nervoz apo në depresion.			
27. Vihem në siklet në qoftë se e pyes pacientin për besimin fetar.			
28. Ofroj mbështetje emocionale nëpërmjet ndërveprimit me pacientët e tjerë me të njëjtën sëmundje.			
29. Unë përpiqem të përdor gjuhën që lehtëson të kuptuarit e pacientit.			
30. Unë nuk ndjehem e sigurt në lidhje me njohuritë e mia për HIV/AIDS.			
31. Kam frikë se gaboj në dhënien e opinioneve kur ekipi shëndetësor trajton tema në lidhje me gjendjen e pacientit.			
32. Unë synoj që të mbështesë pacientët duke dhënë vendime në lidhje me shëndetin e tyre.			
33. Kam frikë se mos rreziku i ekspozimit në punë ndaj pacientëve me HIV, mund të influencojë në cilësinë e kujdesit ndaj tij.			

PYETËSORI III

<p>1. Cili është ndryshimi midis HIV dhe AIDS? </p>	<p>2. Cili është lloji i limfociteve që preket/ndryshon kryesisht në HIV? a. TD4. b. LD4. c. CD4. d. Asnjëra prej tyre e. Nuk e di</p>
<p>3. E Vërtetë ose e rremë: SIDA zhvillohet menjëherë sapo personi infektohet me HIV . a. e vërtetë. b.e gabuar.</p>	<p>4. Parimet e përgjithshme që duhet të respektohen për këshillimin dhe aktivitetet e drejtuara në zbulimin/depistimin e HIV janë: a. Konfidencialiteti dhe marrja e pëlqimit. b. Konfidencialiteti dhe testet diagnostike. c. Edukimi dhe marrja e pëlqimit. d. Asnjë nga më të mësipërmet.</p>
<p>5. Cilat mund të jenë testet diagnostikuese që përdoren për diagnozën e HIV? a. Testet e shpejta b. HBsAg c. Elisa d. Western Blot dh.PCR e. Koprokultura</p>	<p>6. Është e mjaftueshme që të vendoset diagnoza HIV + një personi me test të shpejtë HIV + dhe një Elisa + ? a. po b. jo</p>
<p>7. Kur rekomandohet kryerja e testimit pas ekspozimit pas çpimit? a. mbas çpimit b. mbas nje muaji c. mbas gjashtë muajsh d. mbas një viti</p>	<p>8. Në rastin e infeksionit akut të HIV, testi Elisa del: a. pozitiv b. negativ</p>
<p>9. Cili është protokollin që ndiqet, kur një grua me aktivitet lindjeje nuk ka realizuar Testin HIV paraprakisht gjatë</p>	<p>10. Të porsalindurit e nënave HIV-</p>

<p>shtatzanisë? a. realizon provën e shpejtë b. fillon terapinë farmakologjike c. realizon Elisën d. realizon këshillimin për testin e shpejtë HIV dhe ia ofron atë.</p>	<p>pozitive duhet të testohen për HIV DNA brenda: a.1 deri në 7 ditësh b.7 deri në 14 ditësh c.14 deri 21 ditësh pas lindjes duke përdorur një metodë testimi të shpejtë të PCR</p>
<p>11. E Vërtetë apo e rremë: HIV mund të transmetohet kur shpërndahen ushqimet, enët e kuzhinës, peshqirët apo çarcafët me një person të infektuar. a. e vërtetë b. e gabuar</p>	<p>12. HIV mund të transmetohet: a. duke shpërndarë age dhe shiringa për të injektuar droga IV. b. duke përqafuar apo dhënë dorën një personi me SIDA. c. të ulesh në autobus në krah të një personi të infektuar me SIDA. d. të kryesh marrëdhënie seksuale të pambrojtura. e. me rrugë placentare. f. A, D dhe E. g. asnjë nga më të mësipërmet.</p>
<p>13. E Vërtetë apo e rremë: Mushkonjat mund të transmetojnë HIV te njerëzit. a. e vërtetë. b. e gabuar</p>	<p>14. Cilat nga këto praktika është e saktë? a. personeli duhet të marrë masa mbrojtëse ndaj gjithë pacientëve. b. personeli duhet të marrë masa mbrojtëse vetëm për pacientët me HIV</p>
<p>15. Cili quhet ekspozim në kushte profesionale? a. çpimi me një age serumi b. çpimi me nje age suture d. kontakti me gjakun me doreza</p>	<p>16. Cilat janë procedurat që duhen ndjekur pas çpimit? a. shtrydhja b. shplarja dhe raportimi</p>
<p>17. Pas një manipulimi çduhet bërë me agen?</p>	<p>18. Kur fillon</p>

<p>a. të vendoset në këllëf (kapuc) b. të hidhet në kosh c. të hidhet në kontenierin hermetik</p>	<p>terapia me ARN pas ekspozimit? a. menjëherë pas ekspozimit b. brenda 48 orëve c. brenda 72 orëve d. brenda 2 javëve</p>
<p>17. Sipas karakteristikave të mbetjeve spitalore ato mund të jenë: a. toksike b. eksplozive c. që marrin flakë d. gërryese. e. infektive. f. Të gjitha të mësipërmet.</p>	<p>19. Procesi i trajtimit të materialeve të kontaminuara vazhdon me hapat vijuese: a. dekontaminimi, dezinfektimi, përdorimi i furçës, shpëlarja dhe sterilizimi. b. përdorimi i furçës, dekontaminimi, tharja, dhe sterilizimi. c. dekontaminimi, përdorimi i furçës , shpëlarja, tharja, sterilizimi dhe / ose dezinfektimi.</p>
<p>Faleminderit për pjesëmarrjen!</p>	

8.4 PYETËSORI PËR PACIENTËT

Përshëndetje:

Emri im është

Jam duke kryer një studim kërkimor të titulluar "Kujdesi dhe menaxhimi infermieror (për lëkurën) në pacientët me HIV" me qëllim që të evidentohen kujdesjet integrale infermiore, që të përmirësohet cilësia e jetës së pacientit të shtruar me HIV/AIDS në Shërbimin e Sëmundjeve Infektive në Qendrën Spitalore Universitare Tiranë.

Këto pyetje janë anonime dhe konfidenciale, nuk është e nevojshme të vendosni emrin tuaj, të dhënat do të përdoren vetëm për qëllimet e studimit. Prandaj përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme të formuluar me sinqeritet të plotë, duke mos lënë asnjërin pa përgjigje.

Unë ju falenderoj paraprakisht për pranimin dhe pjesëmarrjen vullnetare në këtë anketim.

A) Informacione të përgjithshme: Përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme sipas përkatësisë.

Mosha: **Seksi:** a) Mashkull () 1 dhe b) Femra () 2

Gjendja Martesore: Beqar () () 1 **Niveli i arsimit:** fillor () 1

Bashkëjetojnë () 5 Shkollë e mesme () 2

I/E martuar () 2 Shkollë e lartë () 3

I/E ve () 3 Master () 4

I/E Divorcuar () 4

Profesioni: Student (e) 1

Shtëpiak (e) 2

Punëtor (e) i/e varur () 3

Punëtor (e) i/e të pavarur () 4

I/E papunë () 5

Vendlindja: Qytet () 1 Fshat () 2

Vendos në kllapa kohën e hospitalizimit të shërbimit në muaj, javë apo ditë:

1 () Muaj 2 () javë 3 () ditë

Koha e diagnostikimit me HIV: 1 () Vite () 2muaj () 3 javë 4 () ditë

A) Të dhënat specifike:

Vendos një kryq (x) në kutinë që ju mendoni se reflekton mendimin tuaj në lidhje me kujdesin që ju merrni nga infermieret. Shkalla e përgjigjeve ka alternativat e mëposhtme:

Konsideroni shembullin e mëposhtëm:

DEKLARATA	Gjithmonë	Zakonisht	Ndonjëherë	Rallë	Kurrë
Unë shkoj në kinema çdo fundjavë.		X			

Duke ndjekur shembullin, zgjidhni opsionin sipas pyetjes së shtruar:

DEKLARATA	Gjithmonë	Zakonisht	Ndonjëherë	Rallë	Kurrë
A) DIMENSIONI BIOLOGJIK	5	4	3	2	1
1. Në momentin kur kontrollon funksionet vitale (Tensioni i gjakut, pulsi, frymëmarrja dhe temperatura), infermierja të shpjegon procedurën që do t`ju kryejë?					
2. Infermierja shqetësohet që ju të realizoni higjienën tuaj shpesh.					
3. Kur keni probleme në ushqyerje, infermierja e plotëson këtë nevojë.					
4. Infermierja është e vëmendshme në lidhje me të dalat jashtë (jashtëqitjen) dhe shqetësohet në rastet e kapsllëkut apo diarresë.					
5. Kur ju shfaqni vështirësi për të realizuar ndonjë lëvizje, infermierja vepron papritur dhe me nxitim.					
6. Kur i thoni infermieres se nuk ju zë gjumi gjatë natës dhe nuk çlodheni mjaftueshëm ajo ju ofron një zgjidhje.					
7. Në varësi të sëmundjes që shfaqni infermierja të informon mbi rëndësinë e kujdesit të gojës.					
8. Infermierja tregon delikatesë, kur administron medikamentet përkatëse.					

DEKLARATA	Gjithmonë	Zakonisht	Ndonjëherë	Rallë	Kurrë
B) DIMENSIONI PSIKOLOGJIK					
9. Infermierja iu ofron mbështetje dhe fjalë të ngrohta që t`ju bëjë të ndjeheni më mirë.					
10. Kur ju shfaqni ndjenjen e trishtimit dhe vetmisë, infermierja iu mbështet dhe dëgjon.					
11. Infermierja ofron teknikat e relaksimit për të kontrolluar problemet e mundshme të ankthit.					
12. Infermierja flet me ju për problemet tuaja për disa minuta.					
13. Infermierja dëgjon me kujdes çdo ankesë në lidhje me qëndrimin tuaj në spital.					
14. Infermierja iu orienton për të marrë pjesë në grupet e vetë-ndihmës.					

DEKLARATA	Gjithmonë	Zakonisht	Ndonjëherë	Rallë	Kurrë
C) DIMENSIONI SHPIRTËROR					
15. Infermierja ofron ndihmë shpirtërore për të përballuar sëmundjen tuaj (në lidhje me Zotin).					
16. Zbulon gjatë shoqërisë që ju ofron infermierja, vlerat dashuri dhe shpresë, si një eksperiencë shpirtërore.					
17. Infermierja ju ndihmon të zbuloni besimin tuaj në Zot (ose një forcë madhore) duke					

respektuar besimet tuaja.					
18. Infermierja ndan përvojën e saj shpirtërore dhe iu motivon ju që të afroheni me Zotin.					
19. Kur keni nevojë për mbështetjen e një prifti, pastori ose të tjerë për nevojën tuaj shpirtërore, infermierja ju ndihmon me prezencën e tyre.					
DEKLARATA	Gjithmonë	Zakonisht	Ndonjëherë	Rallë	Kurrë
D) DIMENSIONI SOCIAL-FAMILJAR					
20) Infermierja ka njohuri mbi ndonjë konflikt familjar, ajo ndërhyr për të gjetur një zgjidhje.					
21) Infermierja ju jep ndihmë familjes tuaj në procesin e përshtatjes ndaj sëmundjes që keni.					
22) Infermierja përgatit familjarët, duke i edukuar dhe trajnuar për ofrimin e kujdesit në shtëpi.					
23) Infermierja merr masat e duhura për tu integruar dhe arritur një marrëdhënie të përshtatshme me shoqërinë dhe të jesh një qytetar i mirë pavarësisht paragjykimeve ekzistente.					
24) Infermierja ju kushton kohë familjarëve të tu duke iu ofruar mbështetje emocionale.					
25) Percepton se infermierja përgatit					

familjen tuaj për të pranuar sëmundjen tuaj.					
26) Ju perceptoni se infermierja iu flet rreth vlerave që ju ndihmojnë në përmirësimin e situatës aktuale.					
E) VLERËSIMI I STIGMËS, DISKRIMINIMIT, EDUKIMIT, KUJDESIT DHE FRIKËS					
DEKLARATA	Gjithmonë	Zakonisht	Ndonjëherë	Rallë	Kurrë
27. Mendoni se personeli shëndetësor e ka të vështirë të kujdeset ndaj jush?					
28. Duhet të krijoheshin spitale ekskluzive ose të veçanta për personat me HIV/AIDS.					
29. Perceptoni se infermierët duhet ti shmangin të gjitha kontaktet me njerëzit me HIV/AIDS.					
30. Bisedimi apo kontakti rastësor me një person me HIV mund të infektojë personat e tjerë.					
31. Në rastet e shtrimit në spital sipas infermierëve njerëzit me HIV/AIDS duhet të izoloohen.					
32. A tregon infermierja kujdes të veçantë për një pacient me HIV?					
33. Mendon se infermierja ka frikë se mos sëmuret nga SIDA kur takon persona me AIDS.					
34. Percepton se infermierja është e frikësuar se mund të përhapë virusin HIV te					

personat e tjerë gjatë kujdesit.					
35. A shfaq frikë infermierja gjatë kujdesit ndaj jush ?					
36. A kujdesen të gjithë infermierët njësoj ndaj jush ?	PO 1			JO 0	
37. Nëse jo përse mendoni se infermierë të caktuar nuk kujdesen njësoj me ju si me pacientët e tjerë?					
F) VLERËSIMI I NJOHURIVE TË PACIENTIT MBI TERAPINË ARV					
38. Keni njohuri mbi medikamentet që merrni?	PO 1			JO 0	
39. Nese PO çfarë medikamentesh merrni (emrat) 1..... 2.....3.....					
40. Infermierja jua shpjegon me hollësi rëndësinë e marrjes së mjekimit gjithmonë dhe në kohën e duhur?	PO 1			JO 0	
41. Infermierja jua shpjegon me hollësi mënyrën e marrjes së tabletave?	PO 1			JO 0	
42. Rrugën e marrjes së medikamentit sipas mësipër. a.Nga goja me tablet (sa herë në ditë _____) b.Në venë me injeksion (sa herë në ditë _____) c.Në muskul me injeksion (sa herë në ditë _____)					

Abstrakt

Hyrje: HIV/AIDS është një çështje me rëndësi të madhe në nivel lokal, kombëtar dhe botëror për shkak se ajo është një sëmundje që ka prekur botën dhe çdo ditë rrit normat e sëmundshmërisë-vdekshmërinë në të gjithë shoqërinë.

Qëllimi: Të jepej një vlerësim lidhur me kujdesin infermieror në funksion të promovimit të një kuptimi më të mirë të kujdesjeve infermiore.

Materiali dhe metodat: Studimi i tipit cross-seksional u shtri në 77 infermierë nga Qendra Spitalore Universitare “Nënë Tereza” Tiranë dhe Spitali Rajonal i Vlorës, si dhe në 55 pacientë të diagnostikuar me HIV, gjatë periudhës 2013-2015. Në të dyja këto institucione të shërbimit shëndetësor u intervistuan infermierët dhe pacientët në shërbimet e Infektivit dhe të Pediatriës.

Rezultatet: Në total u përfshinë 77 infermierë prej të cilëve 65 (84.4%) ishin femra dhe 12 (15.6%) ishin meshkuj; dhe 55 pacientë, mosha mesatare e të cilëve ishte 33,3 +/-7,98 vjeç me rang 20- 55 vjeç, prej të cilëve 24 (43,6%) të pacientëve ishin femra, ndërkohë që 31 (56,4%) e tyre ishin meshkuj. Fluksi i punës së infermierëve nuk rezultoi të ndikonte në efektivitetin e shërbimit të ofruar nga infermierët ($\chi^2= 3.88$, $p=0.02$). Lidhur me dimensionet e ofrimit të kujdesit shëndetësor nga infermierët, vetëm stigma dhe diskriminimi rezultoi të ishte akoma një faktor ndikues në praktikën e tyre profesionale.

Përfundime: Është i nevojshëm edukimi i vazhdueshëm i infermierëve mbi HIV/AIDS në planin e trajtimit të sëmundjes jo vetëm në planin biologjik por edhe në atë shpirtëror, social-familjar, psikologjik dhe në kuadër të reduktimit të stigmës, diskriminimit etj.

Fjalë kyçe: HIV/AIDS, personel infermieror, dimensione, edukim.

Abstract

Introduction: HIV/AIDS is a matter of great importance locally, nationally and globally because it is a disease that has affected the world and every day increased rates of morbidity-mortality in the entire society.

The purpose: is to provide an assessment regarding nursing care in order to promote a better understanding of nursing care.

Material and methods: The cross-sectional type study was extended to 77 nurses from Mother Teresa Hospital Tirana and Vlora Regional Hospital, as well as 55 HIV patients diagnosed during 2013-2015. In both of these institutions were interviewed health service nurses and patients in infective and pediatric services.

Results: In total of 77 nurses were included of whom 65 (84.4%) were female and 12 (15.6%) were male; and 55 patients whose mean age was 33.3 +/- 7.98 years with a range of 20-55 years, of whom 24 (43.6%) patients were females, while 31 (56.4%) their were males.

The influx of nurses work resulted not affect the effectiveness of the service provided by nurses ($\chi^2= 3.88$, $p=0.02$). Regarding the dimensions of health care delivery by nurses, only stigma and discrimination still proved to be an influential factor in their professional practice.

Conclusions: It is necessary continuing education of nurses on HIV/AIDS in disease treatment plan not only on the biological but also in the spiritual, social-family and within the psychological stigma reduction, discrimination etc.

Keywords: HIV/AIDS, nursing personnel, dimensions, education.