

UNIVERSITETI I GJAKOVËS  
“FEHMI AGANI”  
FAKULTETI I MJEKËSISË  
PROGRAMI: *INFEMIERI*



**PUNIM DIPLOME**

**ROLI I INFEMIERES NË ORGANIZIMIN E SKRININGJEVE  
PARASHKOLLORE PËR SËMUNDJE TË LINDURA NË QYTETIN E  
GJAKOVËS**

*Mentori:*

*Prof. Ass. Dr. RAMUSH BEJIQI*

*Kandidatja:*

**KRENARE KELMENDI**

Gjakovë, 2017

Ky punim është bërë me ndihmën e shënimeve nga librat e protokoleve në spitalin rajonal “Isa Grezda” Gjakovë. Në këtë punim janë përfshirë gjithsej 2 figura, dhe 2 tabela. Mentori i temës është Prof. Ass. **RAMUSH BEJQI**, i cili me njohuritë dhe ndihmën e tij rreth punimit në fjalë, ka dhënë kontributin dhe gatishmërinë për të arritur rezultatin e duhur.

## *DEKLARATË STUDENTORE*

*Deklaroj nën përgjegjësinë time se punimi është i shkruar nga unë , nuk është prezantuar asnjëherë më parë, para ndonjë komisioni ose institucioni tjetër që nuk mban vulën e universitetit dhe degës përkatëse ku është përcaktuar të prezantohet punimi në fjalë.*

## **Falenderimet**

Para se të filloj të paraqes punimin timë shprehë mirënjohjen time për personat që dhanë ndihmë për të realizuar deri në fund këtë detyrë. Shprehë falenderimet më të sinqerta për familjen time, për mbështetjen në çdo hap të shkollimit dhe në realizimin përfundimtar të këtij punimi, pa anashkaluar dhe shoqërinë që më mbështetën fuqishëm gjatë këtyre tri viteve e deri më sot.

Falenderoj stafin e Universitetit, antarët e komisionit të cilët janë pëkushtuar për të arritur finalizimin e këtij rrugëtimi. Falenderoj Prof. Ass.**RAMUSH BEJQI** për ndihmën e tij për hartimin e këtij studimi. Gjithashtu edhe asistentët për huazimin e literaturave të nevojshme.

## PËRMBAJTJA

Abstrakt-----	6
1. <b>HYRJE</b> -----	7
1.1. Përvojat e hershme-----	8
1.2. Ndjeshmëria prindërore-----	10
2. Roli i përkujdesjes në proceset vetrregulluese të fëmijëve-----	13
2.1. Çka është ekzaminimi (screeningu)-----	15
2.1.1. Rëndësia e screeningut në moshën parashkollore-----	16
2.1.2. Regjistrimi dhe trajtimi i tyre-----	17
2.1.3. Testet e screeningut-----	17
2.1.4. Rrugët e kujdesit të ofruar-----	19
2.1.5. Vizita për monitorimin e rritjes fizike-----	19
2.1.6. Ekzaminimet komplet i rritjes fizike-----	20
2.2. Efektet biologjike-----	21
2.3. Marrëdhënie bashkëpunuese midis infermieres dhe edukatores-----	25
2.4. Efektet e infermieres tek fëmijët-----	26
2.5. Kodi i etikes gjatë konsultimit-----	27
3. Metodologjia kërkimore-----	29
3.1. Konteksti studimor-----	30
3.2. Fazat e studimit dhe qëllimet studimore-----	31
3.3. Instrumentet-----	32
3.4. Instrumenti për infemieren-----	32
3.5. Intervista gjysem e strukturuar-----	34
Përfundim-----	35
Literatura-----	36

## **Abstrakt**

Diagnostikimi i fëmijës me sëmundjet e lindura (autizëm, sindromi Down, sëmundjet e zemrës, syve) është një përvojë mjaft e rëndë për prindërit dhe familjen në tërësi. Megjithëse një fëmijë i vetëm mund të jetë diagnostikuar me sëmundje, nga ky çrregullim preket e gjithë familja por edhe konuikteti i gjere. Qëllimi i këtij punimi ishte eksplorimi i ndikimit që ka mbi familjen dhe anëtarët e saj fëmija me llojet e autizëmit apo sindromi Down, bazuar në përvojat, përjetimet dhe këndvështrimet e prindërve dhe ofruesve të shërbimeve. Metoda kërkimore e përdorur për studimin ishte ajo cilësore.

Nga analiza e të dhënave rezultoi se:

- Fëmijët me sëmundje të lindura kanë ndikim emocional, shëndetësor dhe social mbi prindërit;
- Fëmijët me sëmundje të lindura gjithashtu ka ndikim mbi marrëdhënien bashkëshortore, anëtarët e tjerë si dhe statusin ekonomik të familjes;
- Prindërit përgjithësisht nuk janë mbështetur dhe ndihmuar nga ofruesit e shërbimeve për problemet e tyre. Ata kanë nevojë që shërbimet të fokusohen dhe ofrohen jo vetëm për fëmijën me sëmundje të lindura por edhe për familjen dhe anëtarët e saj.

**Fjalët kyçe:** *fëmijët me autizëm, Sindromi Down, sëmundjet e zemrës,*

# 1. HYRJE

Të qenit infermier, kujdestar mjekësor është parë më së shumti si një cilësi që është e pranishme instinktivisht tek njeriu. Por të qenit infermier, të qenit kujdestar mjekësor është një përgjegjësi e lartë njerëzore, që ndikon jo vetëm në popullatën, familjen, por edhe në gjithë komunitetin shoqëror. Kontributet shkencore që janë marrë nga fusha si ajo e neuroshkencës, e psikologjisë apo e mjekësisë së zhvillimit kanë ndihmuar që të kuptohen më thellë dimensionet e zhvillimit njerëzor, sidomos në vitet e para të jetës. Kontributi i neuroshkencës ka zgjeruar konceptin e zhvillimit si një proces që ndikohet vazhdimisht nga ndërveprimi i faktorëve biologjikë dhe mjedisorë. Ndërsa fusha e mjekësisë së zhvillimit ka dhënë një kontribut të rëndësishëm për të kuptuar nevojat zhvillimore të foshnjave dhe fëmijëve. Këto njohuri janë gurë themeli për të kuptuar rëndësinë e shërbimit dhe përkujdesjes mjekësore ndaj fëmijëve, që si faktorë të rëndësishëm njerëzor nxisin zhvillimin e fëmijëve, por edhe pengojnë atë, nëse mënyra e infermierisë dhe e përkujdesjes janë në mospërputhje me nevojat zhvillimore të fëmijëve.

Në këtë punim do të trajtojmë organizimin e ekzaminimeve (skriningjeve) tek fëmijët me sëmundje të lindura, shkaqet dhe pasojat e tyre. Sindromi Down dhe autizmi janë dy nga anomalitë e shpeshta gjenetike që hasen që në lindje, pra d.m.th që sindromi Down nuk është një sëmundje por është ndryshim gjenetik (diqka me të cilin fëmija ka lindur, që është i pranishëm tek fetusi që në momentin e ngjizjes). Nuk ka një shkaktar shkencërisht të vërtetuar të kësaj sindrome, por si shkaktar kryesor i njohur deri me sot është prania e një kromozmi më tepër. Prania e këtij kromozomi sjell vonesa në zhvillimin mendor dhe fizik të individit dhe ndryshime morfologjike dhe funksionale. Sot në botë statistikisht tregojnë që 1 në 691 lindje gjalle janë me sindromin Down, duke e bërë kështu një nga çrreullimet kromozomike më të hasur në botë. Sindroma Down nuk lidhet me racën, kombësinë, fenë apo statusin socialekonomik. Me zbulimin e faktit se një kromozom shtesë është ai që shkakton sindromin Down, personave me këtë sindrom iu dha mundësia të dëshmojnë se çka mund të arrijnë pa marrë parasysh vështirësitë në të mësuar dhe pengesat si pasojë e injorimit nga të tjerët. Njerzitë e prekur me sindromin Down kanë pamje të dallueshme të fytyrës. Edhe pse jo të gjithë personat e prekur me këtë sindrom kanë karakteristikat e njëjta, disa nga karakteristikat më të rëndësishme janë: koka e vogël, qafa e shkurtër, gjatësia e shkurtër, gjuhë më të spikatur, veshët e vegjël dhe me formë të deformuar, duart e shkurtëra dhe të gjëra, gishtat relativisht të shkurtër, sytë lartë dhe të shtrembëruar, etj. Sindroma Down paraqet më

shumë rreziqe të gratë më të moshuara që ngelën shtatzënë. Ato kanë më shumë probabilitet të lindin fëmijë më këto çrregullime. Ndërsa, tek një femër nënë në moshën deri në 24 vjeç probabiliteti është 1 në 1300, tek nënat 45 vjeç ky raport është 1 në 25. Kur kalon moshë 45 vjeçe për shtatzënë rritet rreziku për lindjen e një fëmije trisomik. Përafërsisht 1/2 e fëmijëve me sindromin Down kanë defekte në zemër, shumica e të cilave tashmë mund të korrigjohen me operacione. Të rriturit me sindromin Down janë të prirur ndaj arteriosklerozës e cila mund ti çojë drejt sëmundjeve të zemrës. Problemet me stomakun janë shumë të përhapura. Gjithashtu, edhe problemet e shikimit janë shumë të larta tek personat me sindromin Down, si shikimi i vëngër, miopi apo hermiopi, formimi i katarakti, etj. Fakti më i rëndësishëm që duhet ditur rreth fëmijëve me sindromin Down është se me kujdesin dhe mbështetjen e duhur terapeutike që në fëmijërinë e hershme, këta fëmijë mund të arrijnë të përmbushin potencialin e tyre, fakt ky që çon në mundësinë për të jetuar një jetë të gjatë gjithëpërfshirëse dhe të pavarur, pra të jenë pjesë aktive e komunitetit ku jetojnë. Fëmijët me sindromin Down përfitojnë përkujdesje, vëmendje dhe përfshirje në jetën në komunitet sa edhe çdo fëmijë tjetër. Si më të gjithë fëmijët, edukimi kualitativ në shkollë apo në qendra parashkollore është i rëndësishëm që të përfshijë të gjitha mundësitë që i nevojiten fëmijut për të zhvilluar aftësi të forta akademike. Gjithashtu, fëmijët me sindromin Down janë shfrytëzues të hershëm të evaluimeve të gjëra shëndetësore dhe intervenimeve profesionale, por te rëndësishme për tu mbajtur mend është që çdo fëmijë meriton të jetë i rrethuar nga njerëz që i duan, i respektojnë dhe admirojnë të gjithë fëmijët.

### **1.1. Përvojat e hershme**

Një faktor i rëndësishëm në ndikimet epigjenetike është cilësia e marrëdhënieve të hershme. Përvojat e larta stresuese dhe përsëritëse herët në jetë mund të shkaktojnë ndryshime epigjenetike që dëmtojnë sistemet e menaxhimit të reagimeve stresuese më vonë në jetë (Szyf, 2009).<sup>1</sup> Mjediset që nxisin përvojat pozitive dhe janë të pasura me mundësi për të mësuar, gjenerojnë gjurmë pozitive epigjenetike pasi aktivizojnë potencialet e mundshme të gjeneve (Curley, 2009).<sup>2</sup> Zbulimi i epigjenomenit ofron një shpjegim në nivel molekular pse dhe si përvojat e hershme pozitive apo negative mund të kenë një ndikim për gjatë gjithë jetës (Roth, Lubin, Funk & Sweatt, 2009). Levitt shprehet se aktiviteti fiziologjik që krijohet nga përvoja është shumë i fuqishëm për të formësuar qarqe neurale në tru, duke ndryshuar

---

<sup>1</sup> Szyf, M. (2009). The early life environment and the epigenome. *Biochimica Biophysica Acta (BBA)*, 878-885.

<sup>2</sup> Curley, J. P. (2009). Social enrichment during postnatal development induces transgenerational effects on emotional and reproductive behavior in mice. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 1-14.



dhe reaksione kimike që kodojnë gjenet në qelizat e trurit (Levitt, 2003).<sup>3</sup> Truri i përshtatet përvojave të tij (Sweatt, 2009).<sup>4</sup> Disa lloje përshtatjesh rezultojnë në ndërtimin e sistemeve të shëndetshme, por përshtatje të tjera mund të ndërtojnë sisteme të pashëndetshme, si një reagim stresi shumë i lartë apo shumë i ulët. Aktiviteti fiziologjik që shkaktohet nga zhvillimi i aftësive në një ambient pozitiv mund të ndryshojë epigjenomën që kontrollon shprehjen e gjeneve tek qelizat e trurit që janë të rëndësishme për të nxënëit e suksesshëm (Sweatt, 2009).<sup>5</sup> Kurse stresi i lartë në vitet e para të jetës tek foshnjat dhe fëmijët e vegjël mund të çojë në ndryshime epigjenetike të përhershme në qelizat e trurit dhe këto ndryshime do të drejtojnë reagimet e stresit në jetë (Shonkoff, Boyce & McEwen, 2009).<sup>6</sup> Kjo, sepse pengohen reagimet e shëndetshme ndaj stresit, që karakterizohen nga një rritje e kortizolit në gjak, por që ndiqet nga një rikthim në nivelin e mëparshëm. Ndërsa, kur stresi është i lartë dhe i vazhdueshëm, nivelet e kortizolit në gjak janë të larta (Champagne & Curley, 2009).<sup>7</sup> Nëse fëmijët e vegjël apo nënat shtatzënë përjetojnë një stres të lartë, të vazhdueshëm si abuzim, neglizhim kronik dhe nuk janë të mbrojtur pasi nuk kanë marrëdhënie mbështetëse dhe të ngrohta, mund të rezultohet në një ndryshim të përhershëm epigjenetik (Champagne & Curley, 2009).<sup>8</sup> Stresi i lartë dhe i vazhdueshëm shoqërohet me ndryshime në reaksionet kimike të trurit dhe këto janë të ngjashme shumë me ndjenjat e ankthit dhe depresionit tek njerëzit (Champagne & Curley, 2009).<sup>9</sup> Vërehet se ekziston një lidhje midis stresit të lartë të fëmijëve dhe rritjes së rrezikut për çrregullime psikologjike në vitet e mëvonshme, si çrregullimin e ankthit të përgjithësuar, por dhe çrregullimin e depresionit madhor (Bradley et al., 2008).<sup>10</sup> Kështu që përjetimi i përvojave të vështira si stresi i lartë gjatë shtatzanisë, gjatë foshnjërisë apo fëmijërisë së hershme nuk harrohen por ndërtohen duke modifikuar shprehjen e gjeneve në qelizat e trurit dhe mbeten në epigjenomën e njeriut (NSCDC, 2010).<sup>11</sup> Pra, ato ruhen në formën e kujtesës biologjike dhe rrisin rrezikun jo vetëm për sëmundjet fizike dhe mendore

---

<sup>3</sup> Levitt, P. (2003). Structural and functional maturation of the developing primate brain. *Journal of Pediatrics*, 35-45.

<sup>4</sup> Sweatt, J. D. (2009). Experience-dependent epigenetic modifications in the central nervous system. *Biological Psychiatry*, 191-198.

<sup>5</sup> Po aty.

<sup>6</sup> Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, 2252-2259

<sup>7</sup> Champagne, F. A. & Curley, J. P. (2009). Epigenetic mechanisms mediating the longterm effects of maternal care on development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 593-600.

<sup>8</sup> Po aty.

<sup>9</sup> Po aty.

<sup>10</sup> Bradley, R. H., & Vandell, D. L. (2007). Child care and the well-being of children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 669-676.

<sup>11</sup> National Scientific Council on the Developing Child (NSCDC). (2010). Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development: Working Paper No. 10.

por gjithashtu edhe për dëmtimin e kapaciteteve të të nxënit në vitet e mëvonshme. Kështu që, epigjenomeni është një gjurmë kimike, që shpjegon se si përvojat jetësore të hershme nguliten në qarqet neurale të trurit, i cili ka zhvillimin më të vrullshëm në këto vite, e të tilla gjurmë kimike kanë pasoja përgjatë gjithë jetës (NSCDC, 2010).<sup>12</sup> Në këtë studim, prindërimi dhe përkujdesja që fëmijët marrin në çerdhe, studjohen si faktorë të mjedisit të hershëm që mbrojnë apo rrezikojnë fëmijët gjatë zhvillimit të proceseve vetë-rregulluese. Mjedisi i hershëm mbrojtës do të përcaktohet si mjedisi ku prindërit shfaqin prindërim pozitiv dhe ndërgjegjësim të lartë për nevojat zhvillimore të fëmijëve të tyre, duke i orientuar fëmijët drejt përvojave që nxisin zhvillimin e proceseve vetë-rregulluese. Gjithashtu, kujdestaret e çerdhes shfaqin përkujdesje të lartë ndaj fëmijëve, duke krijuar mundësi për përvoja të përshtatshme zhvillimore që nxisin maturimin e proceseve vetë-rregulluese. Mjedisi i hershëm rrezikues do të përcaktohet mjedisi, ku prindërit shfaqin prindërim me ndërgjegjësim të ulët ndaj nevojave zhvillimore të fëmijëve, shfaqin disiplinë jo të qëndrueshme, të rreptë, pritshmëri zhvillimore jo në përputhje me moshën e fëmijës dhe ndjeshmëri të ulët ndaj reagimeve emocionale të fëmijëve. Gjithashtu, kujdestaret e çerdhes shfaqin përkujdesje minimale ose të papërshtatshme ndaj fëmijëve. Në këtë studim prezantohet se si mjedisi i hershëm me faktorë mbrojtës në prindërim dhe përkujdesje ndikon në shprehjen e gjeneve përshtatëse, duke u reflektuar në zhvillimin e proceseve vetë-rregulluese tek fëmijët, në krahasim me fëmijët që përballen me faktorë rrezikues në mjedisin e tyre të hershëm.

## **1.2. Ndjeshmëria infermierore<sup>13</sup>**

Studimet empirike sugjerojnë se sjellja e infermiereve ndikon në zhvillimin e aftësive vetë-rregulluese si në nivel të sjelljes edhe në nivel biologjik (Calkins & Hill, 2007).<sup>14</sup> Infermiera me ndjeshmëri shfaqet kur ato arrijnë të kuptojnë sinjalet e fëmijëve dhe t'u përgjigjen këtyre sinjaleve, duke ulur gjendjen e stresit dhe duke motivuar ndërveprime pozitive me fëmijët (Fox & Calkins, 2003).<sup>15</sup> Të tilla përvoja që garantojnë prindërit, zhvillojnë aftësitë vetë-rregulluese tek fëmijët (Fox & Calkins, 2003). Përqasjet teorike më bashkëkohore fokusohen tek proceset biologjike që përfshihen në rregullimin e gjendjeve emocionale tek fëmijët (Fox & Hane, 2008). Hofer, në studimet e tij me kafshët, vuri re se ekzistojnë disa “rregullues të fshehur” që veprojnë në nivele të shumëfishta shqisore dhe

---

<sup>12</sup> Po aty.

<sup>13</sup> “Ndjeshmëria prindërore” është huazuar nga termi në anglisht “parental sensitivity” (Fox & Calkins, 2003).

<sup>14</sup> Smith, C. L., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2006). The relation of maternal behaviour and attachment security to toddlers' emotions and emotion regulation. *Research in Human Development*, 21-31.

<sup>15</sup> Po aty.

ndikojnë në nivele të shumëfishta funksionimin sjellor dhe fiziologjik të foshnjës. Për shembull, stimulimi me anën e prekjës nga nëna mund të ndikojë duke ulur rrahjet e zemrës së foshnjës gjatë situatave të stresit, dhe ky ndërveprim mund të nxisë reagime sjelljesh më të përshtatshme. Sipas Hoferit, ndërveprimet e hershme janë përvoja rregullatore që ndihmojnë përvojat emocionale të foshnjave (Hofer, 1994). Këto përvoja me prindërit ndikojnë edhe me infermieret në shkallën e rregullimit psikobiologjik të fëmijëve (Polan & Hofer, 2008).<sup>16</sup> Gjithashtu, në studime të tjera vëzhgohet se mbajtja e fëmijës nga infermieret dhe tundja janë efikase për reduktimin e stresit (Jahromi, Putnam & Stifter, 2004), kontakti me lëkurë i foshnjës dhe nënës lidhet me rregullim më të lartë fiziologjik e emocional tek foshnjat e lindura parakohe (Feldman, Weller, Sirota & Eidelman, 2002). Por, kur ndjeshmëria infermirore është e ulët vërehet se stresi i lartë që mund të përjetohet nga fëmija dëmton zhvillimin e kortekstit prefrontal, këtë zonë të trurit që tek njerëzit është kritike për shfaqjen e funksioneve ekzekutive (Arnsten, 2009). Gjithashtu nga studimet empirike vëzhgohet se fëmijët e prindërve me ndjeshmëri të lartë përdornin strategji efikase gjatë pritjes, strategji që bazohen në orientimet e marra nga prindërit (Diener et al., 2002). Por nga ana tjetër, infermieret me ndjeshmëri të lartë përdornin strategji që nxisnin më shumë gjendjet emocionale pozitive tek fëmijët (Smith, Calkins & Keane, 2006). Ndërsa Kochanska (2001), vëzhgoi ndikimin që ndjeshmëria tek infermieret kishte emocionet negative të fëmijëve si frikës, inatit, gëzimit gjatë tre viteve të para të jetës. Gjetjet nxorën se fëmijët e prindërve me ndjeshmëri të ulët ishin më të frikësuar se fëmijët e tjerë dhe në vitet e mëvonshme rritej gjendja negative emocionale. Në një studim me nënat dhe fëmijët e tyre 2-3 vjeçarë, u ekzaminuan marrëdhëniet ndërmjet sjelljes së nënës përgjatë situatave të ndryshme dhe vetë-kontrollit emocional të fëmijës në situata irrituese (Calkins et al., 1998). Gjetjet e studimit treguan se sjellja negative, e bezdisshme dhe kontrolluese e nënave korrelonte negativisht me përdorimin e strategjive të shpërqëndrimit në situatat irrituese tek fëmijët. Në një studim të ngjashëm, ftohtësia emocionale e infermiereve dhe mospërfshirja e tyre gjatë gjendjes stresuese që shfaqnin fëmijët korrelonte me përdorimin jo efikas të strategjive gjatë një detyre ku fëmijët duhej të prisnin për të plotësuar një dëshirë (Rodriguez et al., 2005). Këto gjetje kanë qenë të rëndësishme, pasi zhvillimi i KMV ndikon në uljen e reaktivitetit negativ emocional (Crockenberg & Leerkes, 2004). Nga ana tjetër vihet re, se nivelet e ulëta të KMV

---

<sup>16</sup> Polan, H. J., & Hofer, M. A. (2008). Psychobiological origins of infants attachment and its role in development. In J. C. Shaver, Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 2nd ed. (pp. 158-172). New York: Guilford Press.

korrelojnë me shfaqjen e jashtme të problemeve<sup>17</sup> pra me nivele më të larta agresioni (Crockenberg et al., 2008), ose me brendësimin e problemeve<sup>18</sup> si shmangie dhe ankth (Crockenberg & Leerkes, 2006) kur infermieret fokusohen tek situata që sjell irritim për fëmijën dhe nuk përdorin teknika të shpërqëndrimit për të ulur stresin që sjell situata. Pra, ndjeshmëria që shfaqte nëna ndaj shqetësimit dhe stresit të foshnjës 6 muajsh lidhej me nivele më të ulta të rregullimit emocional në moshën dy vjeç tek fëmijët me temperament të vështirë (Leerkes et al., 2009). Matjet në nivel fiziologjik kanë treguar se ndjeshmëria e ulët infermiere reflektohet me nivele më të larta të kortizolit tek foshnjat (Fox & Hane, 2008), ndërsa ndjeshmëria e lartë infermiere reflektohet me nivele më të ulëta kortizoli tek foshnjat në periudhën e përshtatjes së tyre në çerdhe (Ahnert et al., 2004). Ndërsa në studime të tjera ku janë bërë matje fiziologjike është parë se ndjeshmëria prindërore luan një rol kritik tek foshnjat që kanë një reaktivitet emocional negativ, duke ndryshuar reagimet ndaj stresit (Nachmias et al., 1996). Vihet re se ndjeshmëria infermiere zbut reagimet e frikës apo të frenimit tek foshnjat që priren të kenë një nivel kortizoli më të lartë (Spangler & Schieche, 1998). Padyshim, gjetjet e këtyre studimeve tregojnë se ndjeshmëria tek infermieret nxit rregullimet e gjendjeve fiziologjike gjatë situatave stresuese tek foshnjat dhe fëmijët. Infermieret me ndjeshmëri të lartë ndihmojnë fëmijët të rregullojnë gjëndjet e tyre emocionale duke vëzhguar dhe reaguar vazhdimisht ndaj fëmijëve me gjeste, me shprehje emocionale, duke garantuar stimulimin e përshtatshëm dhe duke ndërmjetësuar nivelet e reaktivitetit emocional. Pikërisht cilësia e rregullimit të jashtëm që garantohet nga infermieret është një faktor thelbësor në përvetësimin e aftësive vetë-rregulluese tek fëmijët (Cole, Martin & Dennis, 2004). Por ndjeshmëria infermiere është një cilësi që ndikohet si nga karakteristikat e prindërve, por edhe të fëmijës gjatë ndërveprimit të tyre. Studimet me foshnjat që shfaqin një reaktivitet emocional negativ, kanë treguar se temperamenti i tyre ndikon nivelin e ndjeshmërisë së prindit (p.sh. Van Den Boom, 1994). Fokusi i studiuesve po bie tek ekzaminimi i ndërveprimit të faktorëve që lidhen me fëmijën dhe faktorëve që lidhen me infermieret në zhvillimin e proceseve vetë-rregulluese. Një mënyrë për të kuptuar këtë ndërveprim është të studiohet nëse sjelljet infermiere zbusin reagimet e temperamentit të fëmijëve duke i ndihmuar ato që të zhvillojnë kapacitetet vetë-rregulluese. Në një studim është gjetur se reaktiviteti negativ emocional i foshnjave ishte një tregues i fuqishëm i vetë-

---

<sup>17</sup> “Problemet e jashtme” është term i huazuar nga termi në anglisht “externalizing problems” dhe nënkupton problemet e sjelljes që vijnë nga nivelet e larta të impulsivitetit dhe agresionit (Crockenberg et al., 2008).

<sup>18</sup> “Brendësim i problemeve” është huazuar nga termi në anglisht “internalizing problems” që nënkupton problemet e sjelljes që vijnë nga nivelet e larta të gjendjeve emocionale negative si ankthi, depresioni, frika (Crockenberg & Leerkes, 2006).

rregullimit të ulët kur këto foshnja rriten nga prindër që kanë një ndjeshmëri të ulët dhe kontroll negativ të lartë, ndërsa kur infermieret shfaqnin ndjeshmëri të lartë dhe kontroll negativ të ulët, fëmijët nuk shfaqnin vetë-rregullim të ulët (Gilliom, Shaw, Beck, Schonberg & Lukon, 2002).<sup>19</sup> Në një tjetër studim është gjetur se reaktiviteti i lartë emocional në moshën dy vjeçare parashikon shfaqjen e problemeve të jashtme tek fëmijët në moshën katër vjeçare vetëm kur infermieret nuk janë cilësore dhe shfaqn ndjeshmëri të ulët (Hemphill & Sanson, 2001).

## **2. Roli i përkujdesjes në proceset vetë-rregulluese të fëmijëve**

Ndërveprimi i fëmijës me kujdestaren<sup>20</sup> luan një rol të rëndësishëm në zhvillimin socio-emocional e konjitiv të fëmijës, pasi vërehet se fëmijët që marrin përkujdesje me ndjeshmëri të lartë nga kujdestaret shfaqin sjellje prosociale (PeisnerFeinberg et al., 2000), më shumë ndërveprime të përshtatshme me të rriturit dhe zhvillojnë lojëra më të avancuara me bashkëmoshatarët, si gjatë viteve kur ato janë në çerdhe, por dhe gjatë viteve të para të shkollës (Howes, 2000). Gjithashtu, nga studimet vërehet se çerdhet me cilësi të ulët të përkujdesjes, në të cilat, kujdestaret largohen vazhdimisht, fëmijët lëvizin nga një grup në tjetrin, janë mjedise ku ecuria zhvillimore e fëmijës ka më pak rezultate, ndërsa çerdhet me cilësi të lartë përkujdesje nxisin zhvillimin socio-emocional e konjitiv të fëmijëve (Shonkoff & Meisels, 2000). Në mjediset e çerdheve ku cilësia e përkujdesjes është e lartë, fëmija zhvillon bashkëpunimin me të rriturit, zhvillon aftësi sociale për të ndërvepruar me fëmijët e tjerë, por gjithashtu pasuron fjalorin gjuhësor dhe shfaq përparësi në zhvillimin konjitiv (Shonkoff & Meisels, 2000). Një nga shqetësimet që lidhet me vendosjen e fëmijëve në çerdhe është nëse marrëdhënia e fëmijëve me prindërit mund të dëmtohet nga ndarja e zgjatur dhe vazhdueshme e tyre nga prindërit. Por nga kërkimet është vëzhguar se prindi, sidomos nëna, mbetet parësore në ndikimin që mund të ketë në stimulimin e zhvillimit socioemocional e konjitiv tek fëmijët që ndjekin çerdhen (Ainslie & Anderson, 1984; Howes & Hamilton, 1992). Për më tepër, fëmijët që kanë marrëdhënie pozitive e ku prindërit shfaqin ndjeshmëri të lartë, janë më të mbrojtur nga ndikime të mundshme negative që mund të vijnë nga orët e zgjatura në çerdhe, sidomos në çerdhet me cilësi të ulët (NICHD, 1997; Symons, 1998). Por, çerdhet mund t'i mbrojnë fëmijët që vijnë nga familje ku rrezikohet zhvillimi i tyre, si nga

---

<sup>19</sup> Gilliom, M., Shaw, D. S., Beck, J. E., Schonberg, M. A., & Lukon, J. L. (2002). Anger regulation in disadvantaged preschool boys: Strategies, antecedents, and the development of self-control. *Developmental Psychology*, 222-235.

<sup>20</sup> Termi kujdestare do të përdoret në vend të termit edukatore në çerdhe, pasi statusi i punës është me termin kujdestare për punonjësit e përkujdesjes në çerdhe.

efektet e varfërisë (Caughy et al., 1994), por dhe nga depresioni i nënës (Cohn et al., 1991). Nga studimet eksperimentale janë matur efektet e çerdheve me cilësi të lartë në zhvillimin e hershëm konjitiv dhe gjuhësor dhe vërehet se përkujdesja e lartë, intensive, që garanton përvoja të hershme për të mësuar, ka një ndikim pozitiv në të nxënit e hershëm (Ramey & Ramey, 1998), zhvillimin konjitiv (Burchinal et al., 1997), gjuhësor (Roberts et al., 1989), dhe më vonë në arritjet në shkollë (Barnett, 1995). Këto studime janë ndërmarrë me fëmijë të cilët në familje përballen me shumë stresse dhe me burime më të pakta financiare, por edhe me mundësi më të pakta përvojash për të mësuar (p.sh. Ramey & Ramey, 1998). Efektet pozitive të cilësisë së lartë të përkujdesjes tek fëmijët në rrezik janë matur dhe është vënë re se ulet probabiliteti për lënien e shkollës, për shtatëzani në adoleshencë, për aktivitete kriminale, ndërsa rritet probabiliteti për punësim dhe të ardhura më të larta ekonomike (Aos et al., 2004; Schweinhart et al., 2005). Pavarësisht se ndikimi i çerdheve nuk është aq i lartë sa ndikimi i mjedisit familjar, ky mjedis mund të përforcojë më shumë ndikimin familjar apo mund të mbështesë trajektore zhvillimore më stimuluese për fëmijët që rrethohen nga një mjedis deprivues familjar (Shonkoff & Meisels, 2000). Por nga ana tjetër, studime të mëvonshme kanë ekzaminuar se fëmijët që marrin përkujdesje në çerdhe me orë të zgjatura, 20 orë ose më shumë në javët, rrezikohen për probleme të sjelljes në vitet e mëvonshme (Belsky et al., 2006; Bradley & Vandell, 2007). Gjithashtu, këto studime eksperimentale më shumë janë fokusuar në impaktin që përkujdesja në çerdhe ka tek zhvillimi socioemocional dhe konjitiv i fëmijëve, por këto studime nuk kanë ekzaminuar ndikimin specifik në proceset vetë-rregulluese të fëmijëve të kësaj moshe. Studimi i Beijers me kolegët e saj (2013), është i pari që ka matur lidhjen midis kapaciteteve vetë-rregulluese të fëmijëve dhe përkujdesjes së marrë në çerdhe. Rezultatet e studimit nxorën konkluzionin se jo të gjithë fëmijët ndikohen në të njëjtën mënyrë nga përkujdesja e marrë në çerdhe, por më të rrezikuar, për probleme të jashtme ose të brendshme të sjelljes në moshën 30 muajsh, janë fëmijët që shfaqin reaktivitet emocional të lartë negativ dhe frenim të ulët<sup>21</sup> (Beijers et al., 2013). Në këtë studim përkujdesja në çerdhe do të shihet si një faktor i jashtëm mbrojtës apo rrezikues sidomos për fëmijët që shfaqin një shkallë rrezikshmërie për probleme të sjelljes, që mund të vijnë si nga aspekte të dallimeve në temperament por dhe nga aspekte që lidhen me mjedisin familjar. Supozohet se cilësia e ulët e përkujdesit në çerdhe pengon zhvillimin e proceseve vetë-rregulluese, ndërsa cilësia e lartë e përkujdesit stimulon zhvillimin e këtyre proceseve tek

---

<sup>21</sup> Termi “frenim” është huazuar nga termi në anglisht “inhibitory control” që nënkupton frenimin e veprimeve që nxiten nga stimuj të parëndësishëm të mjedisit (Beijers et al., 2013).

fëmijët që frekuentojnë çerdhet, e sidomos tek fëmijët që janë më të rrezikuar për shfaqjen e problemeve të sjelljes.

## 2.1. Çka është ekzaminimi (screening-u)

Ndërsa fëmijët rriten duke kaluar nga foshnjë në fëmijë dhe më pas të rritur, rritja dhe zhvillimi i tyre ndjek disa parime dhe modele. Në secilin stad të zhvillimit fëmijët janë fizikisht dhe mendërisht të aftë të realizojnë disa lloj detyrash. Fëmijët zhvillohen përmes fazave të vazhdueshme, të rregullta dhe të organizuara të rritjes.



**Figura 1.** *Një dore femër/mashkull për të zgjedhur.*

Ata rriten dhe zhvillohen në mënyra të ndryshme. Fëmijët kanë gjithashtu ritme të ndryshme rritjeje, sepse çdo fëmijë është unik dhe zhvillimi individual i një fëmije është i ndryshëm nga ai i një fëmije tjetër. Kjo do të thotë që çdo fëmijë zhvillohet në kohën dhe në mënyrën e tij.

Çdo periudhë moshore ka karakteristikat e saj specifike. Gjatë çdo stadi të jetës nga foshnjëria deri në moshën parashkollore fëmijët me “zhvillim normal” janë në gjendje të realizojnë detyra të caktuara. Aftësitë janë të ngjashme për të gjithë fëmijët që i përkasin një kategorie të caktuar moshore. Megjithëse fëmijët zhvillojnë disa kapacitete në një mënyrë të caktuar, moshë në të cilën ato zotërojnë shprehi të caktuara, mund të ndryshojë. Disa fëmijë mund t’i kalojnë disa stadi më shpejt, disa të tjerë më ngadalë. Por variacione mund të ketë edhe vetë fëmija nga njëri stad tek tjetri. Kështu p.sh. fëmija mund të kalojë më shpejt një stad zhvillimi, por mund të qëndrojë më gjatë në një stad tjetër. Detyrat dhe shprehjet specifike të zhvillimit që karakterizojnë çdo nivel moshor duhet të konsiderohen si një mesatare e asaj që zakonisht arrihet gjatë atij niveli. Edhe mesatarja që llogaritet për çdo nivel moshor është shumë e ndryshme. Fëmijët mund të jenë duke u zhvilluar “shumë normalisht” edhe nëse ata janë pranë njërit apo tjetrit skaj, ku përfshihen mesataret e treguesve të

zhvillimit. Variacionet e normalitetit nuk duhet të ngatërrohen me çrregullimet që mund të shfaqen në zhvillimin e fëmijës në faza të ndryshme të procesit të rritjes. Duhet theksuar se treguesit e zhvillimit tregojnë vetëm një mesatare që arrihet normalisht për çdo moshë. Mund të ndodhë që fëmijët të mos e ndjekin me përpikmëri këtë linjë dhe ritëm zhvillimi, pasi zhvillimi normal njerëzor ofron variacione të shumta. Fëmijët kanë nevojë të vlerësohen dhe monitorohen nga personeli i kujdesit shëndetësor për të zotëruar më mirë dhe më shpejt etapat kryesore të rritjes dhe zhvillimit të tyre. Në themel të çdo vlerësimi pediatrik duhet të qëndrojnë ekzaminimi fizik i fëmijës, pa nënvlerësuar edhe monitorimin e gjendjes psiko-emocionale dhe këshillimi për një rritje dhe zhvillim të shëndetshëm.

### ***2.1.1. Rëndësia e screeningut-ekzaminimit në moshën parashkollore dhe shkollore***

Është pikërisht kjo periudhë kur ndërhyrjet duhen të jenë sa më të efektshme për të mbështetur zhvillimin e trurit. Mirëqenia fizike e fëmijës është përbërësi i parë thelbësor për të siguruar një zhvillim të mirë të trurit. Njësoj të rëndësishme janë gjithashtu stimulimi i zhvillimit dhe ndërveprimi social me fëmijën, familja, mjedisi kulturor dhe komuniteti ku rritet fëmija. Në procesin e zhvillimit të fëmijës luan rol si trashëgimia, ashtu edhe mjedisi ku zhvillohet fëmija. Dallimet individuale ndërmjet fëmijëve mund të ndikohen edhe nga faktorët mjedisorë. Fëmijët vijnë në jetë me disa aftësi dhe potenciale të lindura. Por mjedisi rrethues vepron për të formuar, për të nxitur, ose për të kufizuar këto aftësi. Për arsye të kompleksitetit të qenies njerëzore është e vështirë të përcaktohet marrëdhënia midis potencialit të trashëguar dhe ndikimit të mjedisit. Por është e rëndësishme të theksohet se në procesin e rritjes dhe zhvillimit të fëmijës ndikojnë si influencat biologjike dhe të trashëguara, ashtu edhe ngjarjet mjedisore. Një ekzaminim tërësor i fëmijës duhet të jetë pjesë e çdo vizite shëndetësore që fëmija bën për kontrollin e rritjes dhe zhvillimit. Ky udhërrëfyes do jetë një instrument shumë praktik për të përcaktuar nëse një fëmijë është duke u rritur dhe zhvilluar normalisht apo jo. Identifikimi i hershëm i fëmijëve me vonesa zhvillimi është shumë i rëndësishëm në diagnostikimin e këtyre vonesave dhe në sigurimin e ndërhyrjeve të hershme terapeutike.



### **2.1.2. Regjistrimi dhe trajtimi i tyre**

Një nga objektivat kryesorë të punës së pediatrit është që të ndihmojë fëmijën për të kaluar fazat e rritjes dhe zhvillimit, me qëllim që në fund të bëhet një i rritur i formuar mirë. Një metodë e rëndësishme për të arritur këtë qëllim është monitorimi i çdo fëmije për të vlerësuar procesin normal të rritjes dhe zhvillimit dhe kontrolli i vazhdueshëm për anomali të rritjes dhe zhvillimit. Monitorimi i rritjes dhe zhvillimit të fëmijës duhet të bëhet nëpërmjet:

- Bisedës me prindërit duke dëgjuar shqetësimet e tyre;
  - Ndjekjes në dinamikë të zhvillimit të fëmijës;
  - Ndjekjen e rritjes nëpërmjet kurbave të rritjes;
  - Vëzhgimeve që i bëhen fëmijës gjatë vizitave për monitorimin e rritjes dhe zhvillimit;
  - Identifikimit të faktorëve të rrezikut, apo faktorëve mbrojtës;
  - Monitorimit të gjithë fushave të zhvillimit në mënyrë periodike nëpërmjet testeve të depistimit të standardizuara, apo së paku të vlerësuara;
  - Dokumentimit të gjetjeve;
- Udhërrëfyesi rekomandon që testet ose procedurat që përdoren për kapjen e hershme të një gjendje specifike duhet të ndodhin në kontekstin e një shërbimi të ofruar, që përfshinë:
- protokollat e vlerësimit, ekzaminimit, këshillimi; të shkruara qartë;
  - trajnimi i përshtatshëm i stafit;
  - udhëzime dhe rrugë të qarta për referim;
  - procedura të standardizuara mbi ndjekjen e fëmijës me të dhëna jo normale mbi vlerësimin dhe ekzaminimin klinik;
  - mënyra të qarta për komunikimin midis personelit shëndetësor;
  - dokumentimi i ekzaminimeve të kryera, gjetjet e tij dhe veprimet e marra nga qendra shëndetësore, si dhe dokumentimi në fletoren personale të shëndetit të fëmijës të mbajtur nga prindërit.

### **2.1.3. Testet e screening-ut**

Ka të bëjë me aplikimin e një testi, një ekzaminimi apo të një procedure mbi subjekte josimptomatikë me qëllim identifikimin e një patologjie potenciale në fazën e vet më të hershme, kur një ndërhyrje mund të modifikojë në mënyrë të ndjeshme historinë e saj natyrore.

Objektivi parësor i një testi screening-u (hetimi të popullatës) është që të zvogëloj incidencën (goditjen) dhe vdekshmërinë e një sëmundjeje nëpërmjet diagnozës paraprake (të hershme) dhe më pastaj ndërhyrjes terapeutike të rrufeshme.

Testi i screening-ut mund të jetë një pyetësor i përbërë nga një bashkësi pyetjesh mbi gjendjen e shëndetit/sëmundjes (për shembull: testi mbi konsumin e alkolit i Michigan-it – MAST). Mund të jetë edhe një ekzaminim klinik. Për shembull: matja e presionit arterioz të gjakut, të presionit brendaokular etj.

Apo një test laborator – si ai i matjes së nivelit të sheqerit në gjak – apo akoma më tej imazherik, si ekografia.

Testi i hetimit të popullatës (screening test) i klasifikon subjektet që i nënshtrohen hetimit në dy kategori: pozitivët që kanë një probabilitet të lartë për të qenë të sëmurë, dhe negativët që kanë një probabilitet të lartë për të qenë të shëndetshëm.

Që një sëmundje të mund të hetohet hershëm nëpërmjet një test screening-u duhet që ajo të ketë: pasoja të rënda, prevalencë të lartë, histori natyrore të njohur, një periudhë të gjatë latence, mundësi trajtimi, prognozë më të mirë nëse diagnoza kryhet në DPCP (Detectable Preclinical Phase).

Një test screening-uu duhet të plotësojë disa kritere: të kushtojë pak, të jetë i lehtë për t’u kryer, të jetë sa më pak invaziv për pacientin, të jetë i pranuar nga popullata që do të hetohet, të jetë i sigurt, dhe të jetë i vlefshëm.

<b>Pregnancy</b>	<b>Infancy</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia</li> <li>• Hypertension</li> <li>• Toxemia</li> <li>• Rh status</li> <li>• Syphilis</li> <li>• Cardiovascular disease</li> <li>• Neural tube defects</li> <li>• Down syndrome</li> <li>• HIV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congenital heart disease</li> <li>• Spina bifida</li> <li>• visual defects</li> <li>• Hypothyroidism</li> <li>• Haemoglobinopathies</li> <li>• Sickle cell anemia</li> </ul>
<b>Middle-aged men and women</b>	<b>Elderly</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• hypertension</li> <li>• cancer</li> <li>• Diabetes mellitus</li> <li>• Serum cholesterol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutritional disorders</li> <li>• Cancer</li> <li>• Glaucoma</li> <li>• Cataract</li> </ul>

**Figura 2.** Disa nga Testet e screening

#### **2.1.4. Rrugët e kujdesit të ofruar**

Udhërrëfyeni ofron një përditësim të përmbledhur dhe të përditësuar mbi “çfarë duhet të bëhet” në kujdesin shëndetësor parësor, lidhur me kujdesin për mirëritjen dhe shëndetin e fëmijës duke zgjeruar edhe fokusin “si ta bëjmë” brenda sistemit shëndetësor të ofruar. Ai është bazuar mbi udhëzimet dhe rekomandimet e Akademisë Amerikane të Pediatriisë, Shoqatës Kanadeze të pediatriisë, OBSH dhe UNICEF. Udhërrëfyeni përshkruan përmbajtjen e vizitës në këto komponentë: parandalimi dhe kapja e problemeve shëndetësore, promovimi shëndetësor dhe udhëzime paraprake për prindërit. Koha për të ofruar një kontroll periodik të rritjes dhe zhvillimit tek fëmija nuk është vetëm një vizitë. Ajo ndodh gjatë gjithë kohës së zhvillimit të një fëmije dhe mund të ofrohet nga profesionistë të ndryshëm të shërbimit shëndetësor, në shërbime të ndryshme shëndetësore duke filluar nga kujdesi parësor deri në atë spitalor. Duke pasur parasysh rëndësinë e evidencave për të mbështetur shumë komponentë të vizitës së monitorimit të rritjes dhe zhvillimit, në secilën vizitë të përshkruar në këtë udhërrëfyeni është përshkruar edhe evidenca, apo praktika e mirë që mbështesin këto rekomandime.

#### **2.1.5. Vizita për monitorimin e rritjes dhe zhvillimit**

Vizita për vlerësimin e monitorimit tek fëmija, në terma të rezultatit të matur, është e lidhur me përmbajtjen dhe efektivitetin e saj. Pa dyshim që vizita ka vlerë nëse një detyrë e caktuar kryhet mirë. Në mënyrë alternative, një vizitë që kërkon të kryejë shumë gjëra dhe i bën ato jo mirë, vlerësohet dhe gjykohet si jo efektive. Vizita e vlefshme përfshin ofrimin e ndërhyrjeve më të përshtatshme nëse ato bëhen efektive. Kështu detyra e personelit shëndetësor është të përcaktojë cilat ndërhyrje janë më të rëndësishme dhe si të ofrohen ato siç duhet. Një vizitë mund të ofrohet me shumë ndërhyrje, ose aktivitete të mundshme nga personeli shëndetësor për pacientin.

Ndërhyrjet përfshijnë:

- marrjen e anamnezës shëndetësore,
- administrimin e pyetësorëve, ose mjeteve të depistimit (p.sh.: kurbat e rritjes),
- kryerjen e një ekzaminimi fizik,

•diskutimin me prindërit dhe ofrimin e udhëzimeve dhe këshillimeve paraprake të përshtatshme me moshën e fëmijës.

Disa prej ndërhyrjeve të vlerësimit të rritjes dhe zhvillimit ndodhin në shumë prej vizitave. Gjithashtu udhërrëfyesi propozon promovimin e peshës së shëndetshme e vlerësimin e shëndetit mendor dhe mirëqenien emocionale si ndërhyrje universale. Por duhet thënë se mjaft ndërhyrje gjatë periudhës së fëmijërisë që kanë përfitime nga kapja e hershme, moshë në të cilën ato shfaqen, mund të ndryshojnë në varësi të ritmeve individuale të pjekurisë së fëmijës si dhe në varësi të faktorëve biologjik dhe mjedisor. Për këtë arsye kërkohet një vlerësim, dhe monitorim periodik. Aktivitetet e monitorimit janë të gjera dhe përveç ekzaminimit të rritjes dhe zhvillimit përfshijnë vlerësimin e shqetësimeve të fëmijës, vëzhgimet dhe kryerjet e ekzaminimeve dhe depistimeve rutinë dhe selektive. Udhërrëfyesi i bazuar në evidenca konfirmon se vlerësimi periodik ka vlerë në gjetjen jo vetëm të fëmijës me një gjendje ose problem që kërkon ndërhyrje, por gjithashtu përcakton edhe rreziqet biologjike dhe mjedisore për fëmijën për të pasur një problem shëndetësor dhe përfitimet që mund të merren nga aktivitetet parandaluese dytësore. Dokumenti thekson gjithashtu se aktivitetet e monitorimit megjithëse fleksibël dhe të kryera në vazhdimësi; duhet të kryhen brenda kornizës së principit të bazuar mbi evidenca, ku çdo aktivitet duhet të sjellë më shumë përfitime se dëm. Për më tepër aktivitetet eurvejancës duhet të jenë të përshtatshme për kapjen e hershme të problemeve të përcaktuara qartë dhe problemeve specifike që nuk priten të kapen në një kontroll të vetëm, sepse ato mund të zhvillohen ose luhaten me kohën. Udhërrëfyesi përmbledh këto komponentë kryesorë në çdo vizitëurvejimi dhe monitorimi rritje dhe zhvillimi që kryen personeli shëndetësor.

#### ***2.1.6. Ekzaminimi komplet i rritjes fizike dhe fushave të zhvillimit***

Evidencat tregojnë se ndjekja e rregullt në periudha të caktuara moshore duke përdorur një mjet të unifikuar dhe strukturuar për vlerësimin e rritjes dhe zhvillimit, rrit përqindjen e kapjes me ndjeshmëri dhe specificitet rreth 90% ose më të lartë. Pra kjo është konsideruar si praktikë e mirë klinike. (II) Faktorët e rrezikut sipas moshës lidhur me rritjen dhe zhvillimin Gjatë një ekzaminimi të rritjes dhe zhvillimit ka rëndësi të vlerësohen faktorët e rrezikut si më poshtë:

## HAPI 1:

- Mbledhja informacionit - marrja e historisë për çdo fëmijë, - plotësimi një pyetësori paraprak nga prindërit, - vlerësimi pyetësorit të plotësuar, - përcaktimi pikave të forta.
- Kryerja e matjeve dhe plotësimi i grafikëve të kurbave të rritjes - gjatësia/lartësia, - pesha, - cirkumferenca e kokës, - IMT.
- Ekzaminimi fizik
- Depistimi
- Vlerësimi i gjendjes së zhvillimit të fëmijës - pyetësorët për vlerësimin e zhvillimit sipas moshave dhe stadeve.
- Depistimi psiko-social i familjes - A ka ndonjë anomali në kryerjen e të gjitha vlerësimeve të mësipërme? Jo: kalohet tek aktivitetet e promocionit shëndetësor - Në se po, ka mundësi: kalohet tek

## HAPI 2:

- Vlerëso më tej - vlerësimi i depistimit të zhvillimit, - ekzaminimi i dëgjimit dhe shikimit, - bërja e testeve laboratorike (p.sh.: hemoglobina).
- Vlerëso rezultatet
- Identifikim i problemit - ka të ngjarë normal - i pasigurt - anormal Çfarë duhet bërë më tej?
- Zgjidhjet - siguro dhe prano anët e forta të familjes dhe fëmijës; kalo tek aktivitetet e promocionit shëndetësor, - planifiko ndjekjen, - refero tek specialistët për vlerësim të mëtejshëm.

### **2.2. Efektet biologjike**

Në themel të indeve dhe organeve të organizmave të gjallë qëndron qeliza, elementet kryesore të së cilës janë bërthama dhe protoplazma. Bërthama përmban informacionin gjenetik të koduar (genet) në formën e acidit dezoksiribonukleinik (ADN), që i siguron qelizës udhëzimet e nevojshme për riprodhim dhe për sintezën proteinike në brendësi të saj. Bërthama dhe protoplazma mbështillen nga membrana me përshkrueshmëri selektive

(osmotike), që rregullojnë lëvizjen e ujit, elementeve ushqyese dhe elektrolitëve brenda dhe jashtë qelizave.

Ndryshimet e ndodhura shkaktojnë çrregullime të funksionimit të qelizës ose modifikime të saj. Shkalla e dëmtimit të qelizës varet si nga energjia e përthithur nga rrezatimi, ashtu dhe nga mekanizmi i përthithjes së kësaj energjie. Dëmtimi i qelizës nga veprimi i rrezatimit jonizues kryhet të paktën me dy mënyra:

1. *Mënyra direkte* me të cilën kuptohet ngacmimi dhe jonizimi i atomeve dhe molekulave që përmbëjnë qelizën. Dëmtimi i strukturave të ADN mund të shkaktojë vdekjen ose modifikimin e qelizës gjatë procesit të ndarjes së saj, ndërprerjen e aktivitetit të enzimave në brendësi të qelizës etj. Shpërbërja e atomeve që ndodhen në strukturën molekulare të ADN, si rezultat i ngacmimit ose jonizimit të tyre bëhet pengesë për transmetimin e rregullt të informacionit i cili përmbahet në këto struktura tek qelizat e reja që krijohen, si rezultat i procesit të ndarjes qelizore.

2. *Mënyra indirekte* me të cilën kuptohet veprimi dëmtues i komponimeve kimike që formohen në mjedisin qelizor nga rrezatimi jonizues. Dihet se trupi i njeriut përbëhet në masën rreth 75 % nga uji. Si rezultat i bashkëveprimit të rrezatimit me molekulat e ujit të qelizave, formohen të ashtuquajtura radikale të lira, të cilat si rezultat i aftësive të tyre të larta oksiduese dhe toksike zotërojnë, dëmtojnë ose ndërpresin veprimtarinë normale të qelizës.

Të dy mënyrat e mësipërme plotësojnë njëra-tjetrën dhe nëpërmjet alternimit të tyre japin zinxhirë reaksionesh kimike me efekte dëmtuese mbi qelizat e organizmit. Ndërkohë që dy rastet e para mund të kalojnë pa ndonjë pasojë për organizmin, rasti i tretë, ai i modifikimit të qelizës, i cili shoqërohet me ndryshime molekulare specifike të AND, mund të shënojë lindjen e një qelize të re jo normale që mund të shërbejë si bazë e induktimit në të ardhmen e një sëmundjeje malinje në organizmin e rrezitur.

Gjatë sindromit hemopoetik, efektet lidhen kryesisht me indet e formimit të gjakut. Në disa raste ndryshimet në gjak janë vërejtur edhe për doza të rendit 0.2 – 0.5Gy . Megjithatë ndryshimet në gjak janë kurdoherë të pranishme për doza 0.5Gy . Ky sindrom karakterizohet nga zvogëlimi i funksionimit të palcës së kockave dhe nga pasojat e dëmtimit të saj. “Sulmi” i sindromit hemopoetik paraprihet nga të përziëra dhe vjellje, vetëm disa orë pas rrezitjes. Po ashtu, vërehet dobësi dhe lodhje, ndërkohë që rënia e flokëve shfaqet pas javës së dytë ose të

tretë pas rrezitjes. Në rastet kur mungon trajtimi mjekësor, vdekja e organizmit mund të ndodhë një ose dy muaj pas rrezitjes.

Sindromi gastrointestinal shfaqet pas rrezitjes së organizmit me dozën rreth 10Gy dhe është pasojë direkte e dëmtimit të indeve epiteliale së bashku me dëmtimet hemopoetike. Në këtë rast vërehen të gjitha shenjat dhe simptomat e sindromit hemopoetik të shoqëruara në një shkallë më të lartë me të përziera, vjellje dhe diarre. Vdekja në këtë rast vjen pas disa javësh, pavarësisht nga trajtimi mjekësor. Sindromi i sistemit nervor qendror shfaqet për doza mbi 20Gy, krahas dëmtimeve të tjera të organizmit. Në këtë rast ndodh humbja e ndërgjegjes vetëm pak minuta pas rrezitjes, ndërkohë që vdekja e organizmit vjen pas disa orësh ose ditësh.

<i>Doza e përthithur (Gy)</i>	<i>Efekti i vrojtuar</i>
0 – 0.5	Asnjë dëmtim i dukshëm
0.5 - 2	Ndryshime hemopoetike
2 - 4	Sindromi i rrezatimit
4 - 6	Fatale në 50% të rasteve
>6	Fatale në 100 % të rasteve

**Tabela 1.** Efektet dëmtuese të rrezatimeve në varësi të dozës

Efekte të tjera akute të rrezitjes me doza të larta vërehen në lëkurë gjatë rrezitjes me rreze X ose me rrezatim beta. Rrezitja me dozën 0.3Gy të rrezeve X (psh. në radiodiagnostikë) shkakton eritemën, ndërkohë që për doza më të larta ndodhin ndryshime të pigmentit, depilim, flluska uji, nekrozë, etj. Dermatitet nga rrezatimi i duarve kanë qenë mjaft të shfaqura te radiologët e viteve '20 të shekullit të kaluar. Gonadet janë, gjithashtu, të ndjeshëm ndaj rrezatimit. Rrezitja me dozën prej 0.3Gy e gonadeve shkakton sterilitet të përkohshëm tek burrat, ndërsa tek gratë steriliteti mund të vërehet nëpërmjet ndërprerjes së menstruacioneve në varësi të dozave. Sytë janë gjithasht të ndjeshëm ndaj rrezatimit. Rrezitja e tyre lokale me doza të rendit të Gy shkakton konjuktivit dhe keratit.

Efektet gjenetike shkaktohen si rezultat i bashkëveprimit të rrezatimit me qelizat e trashëgimisë dhe më konkretisht me atomet dhe molekulat që marrin pjesë në ndërtimin e

tyre. Ky bashkëveprim realizohet në veçanti me mbartësit e informacionit gjenetik që janë genet, në përbërje të cilave qëndron acidi dezoksiribonukleik (ADN).<sup>22</sup>

Çdo qelizë e organizmit ka 46 kromosome (23 nga secili prind), të cilat gjatë procesit të ndarjes dyfishohen në mënyrë tepër të saktë, duke bërë që çdo qelizë e organizmit të ketë të njëjtin informacion gjenetik. Bartësit e informacionit tek kromozonet janë genet. Çdo gen është një makromolekulë gjigande dhe tepër e ndërlikuar ADN, në të cilën informacioni gjenetik është i koduar sipas pozicionimeve ose vendosjeve së disa molekulave më të vogla të quajtura baza. Vetë ADN-ja ka formën e një helike të dyfishtë, lidhjen ndërmjet të cilave e realizojnë bazat, të cilat vendosen sipas një rendi të caktuar. Si rregull, kodi gjenetik është tepër i qëndrueshëm dhe kalon nga një brezni në tjetrën pa asnjë ndryshim. Por nuk përjashtohet mundësia që ai të ndryshojë nëpërmjet veprimit të agjentëve të ndryshëm kimik dhe fizik, të quajtur agjent mutagjen, të cilët mund të prishin rendin e vendosjes së bazave të ADN-ja. Në rastin kur ky ndryshim ndodh tek qeliza riprodhuese, individi i ri që lind nga kjo qelizë do të përmbajë një informacion të ndryshëm nga ai i prindërve ose një mutacion. Gjenetistët janë të mendimit se shumica e mutacioneve tek njerëzit janë të dëmshme.

Cilësitë mutagjenike të rrezatimit u zbuluan nga Myler (1927), i cili e studioi këtë dukuri te miza e frutave nëpërmjet rrezitjes së tyre me rreze X. Studimet e mëvonshme që u kryen në organizma të ndryshëm, vërtetuan cilësitë mutagjenike të rrezatimit. Sipas të dhënave statistikore shkalla e shfaqjes së mutacioneve spontane tek njerëzit është 4 për 10000 lindje. Ndërkohë, vlerësohet që doza gonadore për dyfishimin e shkallës së shfaqjes së mutacioneve të njerëzit është 1Gy. Duke pranuar literaturën e lidhjes dozë-mutacion, mund të arrihet në përfundimin që rrezitja e prindërve me dozën 10mGy do të shkaktonte një rritje prej 4 mutacione për 1 milionë lindje. Një efekt tjetër i rrezatimit, që mund të klasifikohet si efekt gjenetik, është shfaqja e zhvillimit të vonuar mendor tek fëmijët që janë rrezitur në embrion. Ky efekt është veçanërisht i shfaqur tek fëmijët që janë rrezitur ndërmjet javës së tetë dhe të shtatëmbëdhjetë të shtatëzansisë, e cila është e lidhur me rritjen e shpejtë të numrit të neuroneve tek embrioni.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> IAEA, Health Effects and Medical Surveillance, PRTM-3, Vienna, Austria, 2004.

<sup>23</sup> IAEA, Measurements Uncertainty, A practical Guide for Secondary Standards Dosimetry Laboratories, IAEA-TECDOC-1585, Vienna, Austria, 2008.



### **2.3. Marrëdhënia bashkëpunuese midis infermieres dhe edukatores**

Një tjetër aspekt thelbësor i ndërhyrjes është formimi i marrëdhënies bashkëpunuese ndërmjet infermieres dhe personave që konsultohen në këtë rast edukatores. Në fakt marrëdhëniet ndërpersonale pozitive, duke përfshirë të qenit i hapur, i besueshëm, autentik, luajnë një rol të rëndësishëm në efikasitetin e konsultimit pasi në këtë proces kërkohet komunikim verbal dhe ndërveprime të vazhdueshme ndërmjet pjesëmarrësve (Sheridan & Kratochwill, 2008). Kështu që infermierja duhet të shfaqin një status të barabartë me edukatoren pasi reflekton një aspekt të marrëdhënieve bashkëpunuese. Por supozimi aktual është se bashkëpunimi i suksesshëm mund të variojë nga marrëdhënie me status të barabartë në marrëdhënie hierarkike në varësi të tipareve të të konsultuarit. Pjesëmarrësit në konsultim shfaqin nivele të ndryshme përvojash, motivimi, njohurish, aftësish që mund të ndikojnë në shfaqjen e një pabarazie të natyrshme në status e që mund të influencojë natyrën e bashkëpunimit (Kratochwill & Pittman, 2002). Sidomos këto sfida mund të vihen re në kontekstet e hershme ku konsultuesit kanë më shumë edukim, rrogë më të lartë, respektohen më shumë se sa të konsultuarit (Donahue et al., 2000).

Për të ndërtuar marrëdhënie bashkëpunuese infermierja duhet të marrë në konsideratë dhe këto pabarazi që mund të lindin natyrshëm si gjatë konsultimit të prindërve por dhe gjatë konsultimit të kujdestareve apo edukatorëve. Pavarësisht potencialeve të pabarabarta të lidhjes, ndërhyrjet e suksesshme kërkojnë që prindërit dhe stafi të ndërtojnë bashkëpunime autentike që vijnë si pasojë e besimit, influencave pozitive sociale dhe respektit reciprok për ekspertizën që secili sjell gjatë procesit (Swick, 2004). Gjithashtu vërehet se kontaktet e shpeshta me infermieret shihen si një variabël i rëndësishëm që ndihmon në suksesin e përgjithshëm të sjelljes së fëmijës dhe marrëdhënieve pozitive me edukatoren. Kur tre programe në kopshte u studiuan për të kuptuar variablat e suksesit të shërbimit me anën e konsultimit, u gjet se edukatorët kishin më shumë gjasa të raportonin se ky shërbim ndikonte në uljen e sjelljeve negative të fëmijëve, kur infermierja ishte e pranishme, në momentet që edukatorët kishin nevojë për të. Stafi i edukatorëve besonte se niveli i lartë i përfshirjes së konsultuesit në program rriste më shumë mundësitë që fëmija dhe familja të kishin nivele më të larta të mirëqenies psikologjike (Green et al., 2004). Për më tepër infermieret ishin më të përfshira kur marrëdhënia me edukatoren ishin të shpeshta, të vazhdueshme edhe pse koha që infermierja harxhonte në program mund të ishte minimale (Green et al., 2006). Megjithatë marrëdhëniet cilësore nxisin bashkëpunimin sidomos në ato raste kur natyrshëm mund të

krijohet një marrëdhënie me status jo të barabartë dhe kontaktet janë të shpeshta me të konsultuarin.

#### **2.4. Efektet e infermieres tek fëmijët, prindërit dhe kujdestaret**

Ndërhyrja me anën e infermieres vihet re se ka ndikim të rëndësishëm në përmirësimin e sjelljeve të fëmijëve. Nga studimet që janë ndërmarrë kur infermierja është përdorur për të ndryshuar sjelljen e fëmijëve parashkollorë vihet re se rriten sjelljet pozitive sociale dhe ulen sjelljet agresive (Bleecker & Sherwood, 2004; Field et al., 2004). Veçanërisht problemet e jashtme të sjelljeve si agresioni kanë ndërlkime thelbësore për fëmijët e vegjël pasi pa ndërhyrje këto sjellje kanë prirje të përkeqësohen me rritjen e fëmijëve (Lavigne, Arend, & Rosenbaum, 1998). Studimet që kanë përdorur raportimin e prindërve por edhe të edukatorëve shfaqin se infermierja është efikas në uljen e sjelljeve problematike që shfaqen së jashtmi tek fëmijët në çerdhe dhe në kopsht (Field et al., 2004; Han et al., 2005).

Në një studim për vlerësimin e konsultimit si model ndërhyrje tek fëmijët e vegjël u vërejt se modeli ishte i suksesshëm për të ulur sjelljet devijante dhe hiperaktivitetin (Gilliam, 2007). Ndërsa, në një studim tjetër, në të cilin u përfshinë fëmijë nga 10 muajsh deri në 7 vjeç, të cilët ishin në rrezik për t'u përjashtuar nga çerdhja, kopshti apo shkolla, pasi shfaqnin sjellje agresive, hiperaktivitet, ankth dhe simptoma depresioni, u vërejt se sjelljet problematike u ulën dhe afërsisht 79% e fëmijëve nuk u përjashtuan nga institucioni edukues (Perry et al., 2007). Ndërsa, tek edukatorët, konsultimi është efikas në punën e tyre, pasi ato raportojnë se ndjehen më të aftë, me vetë-efikasitet më të lartë, me ndjenja stresi më të ulëta ndaj punës mbasi marrin pjesë në konsultim (Alkon et al., 2003).

Gjithashtu, edukatorët raportojnë se janë më empatik, i kuptojnë më shumë sjelljet e vështira të fëmijëve si dhe marrin njohuri të gjera për zhvillimin socio-emocional të fëmijëve. Për më tepër edukatorët raportojnë se zhvillojnë më shumë aftësi për të punuar me prindërit, për të vëzhguar sjelljen, për të reflektuar dhe për të planifikuar hapat e mëtejshme të ndërveprimit. Por këto rezultate ndikoheshin nga një variabël shumë i rëndësishëm që ishte cilësia e marrëdhënies midis konsultuesit dhe të konsultuarve. Sa më pozitive të ishte marrëdhënia aq më shumë të konsultuarit raportonin se ndjeheshin të mbështetur dhe se konsultimi ishte efikas (Green et al., 2006). Edhe pse pak studime janë ndërmarrë, për të parë se si cilësia e përgjithshme e programit në çerdhe apo në kopshte ndryshon nga konsultimi, është vënë re se si mjedise të çerdheve dhe kopshteve që ishin në kategorinë e ulët fillimisht,

mbas konsultimit, pjesa më e madhe e këtyre institucioneve morën vlerësime më të larta që afroreshin me kategorinë e mesme (Palsha & Wesley, 1998).

Por, në studime të mëvonshme është vënë re se qendrat që kanë pasur kujdestarë, edukatorë me nivele më të larta të komptencave për punën e tyre, gjithashtu kanë pasur ndryshime të rëndësishme pozitive në cilësinë e çerdhes apo kopshtit (Alkon et al., 2003). Si konkluzion, vërehet se modeli i konsultimit në tërësi është një model rezultativ si tek prindërit, tek kujdestaret, edukatorët, mësuesit por edhe tek fëmijët. Tek prindërit, të cilët kanë qenë në konsulta, vërehet se ato zhvillojnë aftësi për të menaxhuar më mirë sjelljet e fëmijëve të tyre, janë më të kuptueshëm ndaj fëmijëve pasi zhvillojnë njohuri për nevojat zhvillimore të fëmijëve të tyre si dhe bashkëpunimi i prindërit dhe kujdestareve, edukatorëve apo mësuesve rritet mbas procesit të konsultimit.

Gjithashtu, tek kujdestaret, edukatorët dhe mësuesit vërehet se procesi efikas i konsultimit zhvillon aftësitë e tyre për të ndërvepruar me fëmijët, rrit nivelin vetë-efikasitetit, ul stresin e punës, zhvillon më shumë empatinë për fëmijët si dhe rrit bashkëpunimin me prindërit. Madje vihet re se në rastet kur kujdestaret apo edukatorët janë të kualifikuar dhe të aftë, por ndjekin programe me cilësi të ulët, konsultimi efikas përmirëson cilësinë e programit drejt niveleve mesatare. Por procesi i konsultimit efikas shfaq rezultate pozitive sidomos tek sjelljet e fëmijëve pasi vërehet se, kur prindërit apo kujdestaret, edukatorët, mësuesit e fëmijëve përfshihen në konsulta, fëmijët përmirësojnë sjelljet e tyre duke shfaqur nivele më të larta të sjelljeve pozitive sociale dhe nivele më të ulta të sjelljeve agresive. Gjithsesi duhet theksuar se këto studime janë ndërmarrë më së shumti me fëmijë parashkollorë dhe në moshën e shkollës. Në këtë studim ndërhyrja me anën e infermieres do të ndërmerret me prindër dhe kujdestarë të cilët përkujdesen për fëmijë të moshës 1-3 vjeç.

## **2.5. Kodi i etikës gjatë konsultimit**

Kodet e etikës profesionale njohin rëndësinë e madhe të të qenit i aftësi konsultuese, si një aspekt thelbësor i praktikës. Shoqata e Infermierëve Amerikanë, në Kodin e Parimeve të Etikës së Infermierisë konstaton se: “Infermierët njohin kufinj të aftësive të tyre dhe limitet e teknikave që përdorin. Ato ofrojnë vetëm shërbime dhe përdorin vetëm teknika për të cilat janë të kualifikuar, janë trajnuar dhe për të cilat kanë përvojë profesionale” (APA, 2002).

Konsultuesit që punojnë në çerdhe dhe në kopshte duhet të zotërojnë njohuri të rëndësishme rreth zhvillimit në fëmijëri, sistemeve familjare dhe shëndetit mendor të

fëmijëve në mënyrë të tillë që sjellja jo tipike të identifikohet e vlerësohet nga prindërit apo kujdestaret dhe të nxitet zhvillimi i shëndetshëm tek fëmijët (Johnston & Brinamen, 2005). Por përveç njohurive, infermierja duhet të zotërojë aftësi ndërpersonale dhe komunikuese për të zgjidhur problemet gjatë konsultimit, pasi vetëm dhënia e informacionit ndaj stafit dhe prindërve shpesh nuk është e mjaftueshme për të ndryshuar sjelljen (Wesley & Buysse, 2006).

Trajnimi i infermierëve duhet të përfshijë si përvoja mjekësore, didaktike, praktikë por dhe punën konkrete si konsultues pasi në këtë mënyrë integrohet teoria me praktikën. Në fillim infermieret që trajnohen marrin njohuri teorike, më pas kanë mundësi të vëzhgojnë infermieret dhe në fund përmirësojnë aftësitë me anën e praktikës së supervizuar (Alpert & Taufique, 2002). Por shumë specialistë të zhvillimit të hershëm nuk janë trajnuar para shërbimit për të konsultuar kujdestaret, edukatorët apo familjarët e fëmijëve të vegjël (Klein & Harris, 2004). Në një studim me psikologë shkollorë të certifikuar në Nju Jork, 70% e të anketuarve raportuan se aftësitë për konsultim i kishin mësuar gjatë punës së tyre (Rubinson et al., 2003). Por në një studim të dytë me të njëjtit pjesëmarrës, ato u shprehën se dëshironin trajnim shtesë për përjasjet e ndërhyrjeve (Mowder et al., 2003).

Gjithashtu, një sfidë kryesore për infermieret është të formosh dhe të mbash një marrëdhënie me të konsultuarin që bazohet tek besimi. Besimi është thelbësor pasi kur zhvillohet të konsultuarit ndjehen të sigurt për të treguar shqetësimet e tyre (Schulte & Osborne, 2003). Por edhe pse bisedat midis infermieres dhe të konsultuarit duhet të mbeten konfidenciale, infermieret duhet të jenë të ndërgjegjshëm se konfidencialiteti nuk është absolut dhe në disa raste është i dëmshëm si në rastet e abuzimit me fëmijët. Në praktikën e konsultimit limitet e ruajtjes së konfidencialitetit duhen transmetuar tek të gjithë pjesëmarrësit në konsulta (Parsons, 1996), që në fillim të procesit të konsultimit (Buysse & Wesley, 2008). Për këtë arsye të konsultuarit kanë të drejtën për t'u informuar dhe për të miratuar pjesëmarrjen e tyre në konsulta duke u informuar për qëllimin, hapat e konsultës. Në këtë mënyrë infermieret janë të informuar për çdo zgjedhje që do ndërmarrin dhe për më tepër janë pjesëmarrës aktiv gjatë procesit të konsultimit. Infermieret duhet të diskutojnë rolet, përgjegjësitë përkatëse gjatë gjithë staveve të konsultimit, ndikimin e mundshëm pozitiv dhe negativ që veprimet e tyre mund të kenë tek të konsultuarit si dhe natyrën parashikuese të marrëdhënies midis konsultuesit dhe të konsultuarit (Parson, 1996).

Si konkluzion, ruajtja e etikës profesionale kërkon nga infermieret që të shfaqë aftësi teorike dhe praktike gjatë procesit të konsultimit duke njohur dhe limitet e mundshme të aftësive në këtë proces. Për më tepër konsultuesi duhet të shfaqë aftësi ndërpersonale dhe komunikuese gjatë konsultimit duke krijuar ndjenja të respektit, besimit, sigurisë për të ndarë shqetësimet tek i konsultuari. Gjithashtu, një element tjetër shumë i rëndësishëm i bashkëpunimit midis konsultuesit e të konsultuarit është ruajtja e konfidencialitetit dhe informimi paraprak i të konsultuarëve për rastet kur ruajtja e konfidencialitetit nuk është e mundur. Infermierja që shfaq këto aftësi ka shanse shumë më të larta për të arritur rezultate të suksesshme në konsultim.

### **3. METODOLOGJIA KËRKIMORE**

Ky studim është hartuar për të ekzaminuar rolin e infermieres dhe të përkujdesjes në proceset vetë-rregulluese të fëmijëve me probleme dhe sëmundje të lindura, e që frekuentojnë çerdhet. Metodologjia e studimit është me metodë të përzier pasi bazohet në matje sasiore dhe investigim cilësor. Matjet sasiore janë ndërmarrë duke përdorur testin me shembuj të çiftëzuara<sup>24</sup> për të hetuar impaktin e modelit të konsultimit tek prindërit, kujdestaret dhe fëmijët. Gjithashtu janë përdorur teknika statistikore si frekuencat, korrelimi për të hulumtuar shoqërimin e faktorëve të infermierisë, përkujdesjes, si dhe testi i analizave të shumëllojshme të variancës<sup>25</sup> (MANOVA), për të parë nëse ka faktorë që ndikojnë në prindërim, përkujdesje.

Nga ana tjetër, investigimi cilësor është ndërmarrë duke përdorur intervista gjysëm të strukturuar me prindërit dhe kujdestaret. Kombinimi i përjasjes së metodologjisë sasiore dhe cilësore ka pasur si qëllim ndërtimin e një këndvështrimi të integruar dhe të kuptueshëm informacioni në lidhje me marrëdhëniet që prindërit dhe kujdestaret formojnë me fëmijët si dhe ndikimin e këtyre marrëdhënieve tek fëmijët. Informacioni nga një burim do të mund të qartësojë apo të përforcojë kuptimin e informacionit të marrë nga një burim tjetër (Krathwohl, 1998). Por të dhënat e marra nga metodat e përziera kërkojnë që së bashku të formojnë një kornizë më të plotë të problemit. Kërkimi sasior është i limituar për të na ndihmuar që të kuptojmë kontekstin në të cilin njerëzit ndërveprojnë dhe flasin pasi zërat e pjesëmarrëve nuk dëgjohen në mënyrë të drejtpërdrejtë. Kërkimi cilësor shkon përtej këtij

---

<sup>24</sup> “Testi i shembujve të çiftëzuara” është huazuar nga termi në anglisht Dependet/ Paired-sample t-test (Goodwin, 2005).

<sup>25</sup> “Testi i analizave të shumëllojshme të variancës” është term i huazuar nga termi në anglisht “Multivariate analysis of variance (MANOVA)”, që është një test statistikor që përdoret kur variabli i pavarur është kategorik ndërsa kemi më shumë se një variabël të varur të vazhdueshëm (Goodwin, 2005).

limiti por nga ana tjetër ky kërkim ka limite pasi interpretimet e të dhënave kanë shkallë të lartë subjektiviteti nga kërkuesi e për më tepër është e vështirë që të dhënat të përgjithësohen (Creswell & Plano Clarck, 2011).

Për këtë arsye përdorimi i metodave të përziera krijon një mundësi për të zbutur limitet studimore që hasen kur kërkuesi përdor vetëm një nga metodat ose cilësoren ose sasioren. Në këtë studim përdorimi i metodave të përziera ka krijuar mundësinë për të krahasuar të dhënat që janë marrë nga intervistat me të dhënat që janë marrë nga shkallët matëse për të krijuar një kornizë të plotë të rolit të prindërimit dhe përkujdesjes në proceset vetë-rregulluese të fëmijëve që frekuentojnë çerdhet.

### **3.1. Konteksti studimor**

Ky studim u ndërmor me infermiere dhe edukatore në dy çerdhe të Gjakovës. Në periudhën e studimit në Gjakovë ishin funksionale 9 çerdhe. Përzgjedhja e çerdheve në studim u ndërmor në bashkëpunim me stafin e Qendrës dhe Edukimit të Fëmijëve. Çerdhet që u përzgjedhën në studim ishin përfaqësuese të çerdheve të Gjakovës.

Një nga çerdhet e rikonstruktura u përzgjedh për të ndërmarrë fazën e pilotimit të shkallëve matëse për infermiere, prindërit, kujdestaret dhe fëmijët. Çerdhja lokalizohej në rrugën “Mithat Frashëri”. Ndërsa në tjetrën, çerdhet e tjera u zhvilluan intervistat dhe plotësimi i shkallëve matëse për prindërit dhe kujdestaret. Çerdhet ishin të lokalizuara në rrugën “Nënë Tereza”. Ndërhyrja me prindërit dhe kujdestaret nuk u ndërmor në çerdhen që shfaqte më shumë nevojë për këtë ndërhyrje pasi në çerdhe nuk kishte ambiente fizike. Çerdhja e përzgjedhur për fazën e tretë të studimit u përcaktua duke marrë në konsideratë ambientet fizike të përshtatshme për të ndërmarrë ndërhyrjen si dhe popullata e prindërve të ishte homogjene, që nënkupton, se prindërit kishin tipare të përafërta socio-demografike. Por gjatë fazës së ndërhyrjes përzgjedhjet e prindërve dhe kujdestareve ndodhën edhe në një çerdhe tjetër të përafërt, që u stabilizuan në ambientet e çerdhes së parë për arsye rikonstruktimi. Stafi drejtues i çerdheve që ishin përzgjedhur u njoftuan për studimin. Por në çdo çerdhe janë ndërmarrë takime me drejtoreshat e çerdheve për qëllimet afatshkurtra dhe afatgjata të studimit. Në këtë mënyrë kujdestaret që u përfshinë në studim kishin njohuri paraprake për studimin si dhe vendosnin orarin më të përshtatshëm për t’u angazhuar në studim. Gjithashtu kontakti me prindërit është krijuar në çerdhe, gjatë momentit kur prindërit merrnin fëmijët. Kujdestaret prezantonin kërkuesin me prindërit.

### 3.2. Fazat e studimit dhe qëllimet studimore

Në fazën e parë të studimit u morën intervistat me prindërit dhe kujdestaret. Intervistat gjysëm të strukturuar me prindërit u planifikuan për të marrë informacion se si bashkëpunojnë prindërit me njëri-tjetrin për përgjegjësitë familjare, si konceptohet disiplinimi i fëmijëve në këtë moshë, sa priren prindërit të marrin informacione për zhvillimin e fëmijëve, si e perceptojnë mjedisin e çerdhes dhe mënyrën se si fëmijët reagojnë gjatë largimit dhe rikthimit të prindërve.

Këto informacione janë marrë për të eksploruar prindërimin në dimensionin e ndjeshmërisë prindërore, të disiplinimit<sup>26</sup> dhe raportimeve të prindërve për sjelljet e fëmijëve. Ndërsa intervistat gjysëm të strukturuar me kujdestaret u planifikuan me pyetje që fokusohen tek shkalla e edukimit, trajnimeve që kujdestaret kanë ndërmarrë, përvoja në punë, kushtet e punës, programi ditor me fëmijët në çerdhe si dhe bashkëpunimi i tyre me prindërit. Këto informacione janë marrë për të eksploruar cilësinë e përkujdesjes në dimensionin si të variablave strukturor dhe të procesit<sup>27</sup> por dhe për të marrë raportime të kujdestareve rreth sjelljeve të fëmijëve.

Të dhënat e marra nga intervistat me prindërit dhe kujdestaret janë mbledhur me anën e regjistrimit audio dhe janë transkriptuar duke u bazuar tek përmbajtja e bisedës gjatë intervistës. Në fazën e dytë të studimit u plotësuan nga prindërit dhe kujdestaret shkallë që masnin sjelljen e prindërve kundrejt fëmijëve të tyre si dhe stimulimin gjuhësor e ndërveprimin midis kujdestareve dhe fëmijëve në çerdhe. Paraprakisht u ndërmor një fazë pilotimi për të dy shkallët dhe pas kësaj faze ndodhi shpërndarja e shkallëve dhe plotësimi i tyre si nga prindërit dhe kujdestaret.<sup>28</sup> Qëllimet kryesore të kësaj faze studimore kanë qenë që të merreshin të dhëna sasiore rreth mënyrës së prindërimit dhe rreth mënyrës së përkujdesjes ndaj fëmijëve.

Në fillim të kësaj faze u ndërmor pilotimi i shkallës për matjen e proceseve vetë-rregulluese tek fëmijët.<sup>29</sup> Në këtë fazë u përzgjedhën prindërit dhe kujdestaret që do të ishin pjesë e ndërhyrjes, u plotësuan paraprakisht shkallët për të matur sjelljen e prindërve, u plotësuan nga prindërit shkallët për matjen e proceseve vetë-rregulluese të fëmijëve, u plotësua me anën e vëzhgimit shkallët për stimulimin gjuhësor dhe ndërveprimin e kujdestareve

<sup>26</sup> Për pyetjet e intervistës me prindërit të shihet Shtojca A.

<sup>27</sup> Për pyetjet e intervistës me kujdestaret të shihet Shtojca B.

<sup>28</sup> Më gjerësisht për shkallët e përdorura të shihet në çështjen e instrumenteve dhe fazën e pilotimit.

<sup>29</sup> Më gjerësisht të shihet në çështjen e instrumenteve dhe fazën e pilotimit.

ndaj fëmijëve. Mbas plotësimit të shkallëve u ndanë grupet e ndërhyrjes, u implementua ndërhyrja dhe mbas përfundimit të periudhës kohore për ndërhyrjen u riplotësuan sërish shkallët për prindërit, fëmijët, kujdestaret.<sup>30</sup> Qëllimi kryesor i fazës së tretë të studimit ishte të shihej ndikimi i ndërhyrjes tek sjellja e prindërve dhe e kujdestareve ndaj fëmijëve por gjithashtu si ndërhyrja do ndikonte tek proceset vetë-rregulluese të fëmijëve.

### **3.3. Instrumentet**

Instrumentet e përdorur në këtë studim kanë qenë tre. Instrumenti i parë ka pasur si qëllim të masë mënyrën e infermieres, duke u fokusuar tek dimensionet e ndjeshmërisë mjeksore dhe disiplinimit. Instrumenti i dytë ka pasur si qëllim të masë cilësinë e përkujdesjes duke u fokusuar tek matja e variablave të procesit specifikisht tek mënyra se si nxitet komunikimi dhe ndërveprimi i fëmijës me kujdestaret në çerdhe. Instrumenti i tretë ka pasur si qëllim të masë proceset vetë-rregulluese të fëmijëve duke bërë një vlerësim të zhvillimit socio-emocional tek fëmijët e moshës 1-3 vjeç. Në këtë vlerësim përfshiheshin dhe dimensionet e reaktivitetit emocional. Përpara se të shpërndaheshin instrumentet është ndërmarrë faza e pilotimit me prindërit dhe kujdestaret që të përshtateshin instrumentet për pjesëmarrësit në studim. Në këtë mënyrë vlerat e marra për besueshmërinë e instrumenteve në fazën e pilotimit do të mund të krahasoheshin me vlerat standarte të besueshmërisë së instrumenteve për të parë nëse mund të përdroreshin apo jo në kontekstin studimor në çerdhe, me prindërit dhe kujdestaret.

### **3.4. Instrumenti për Infermiren**

Instrumenti për infermiren që u përdor ka qenë Listë Kontrolli i Sjelljes së Infermiren në formën e shkurtuar. Ky instrument është një instrument objektiv dhe mat se si infermierja po kontrollon fëmijët e vegjël. Përdoret për të vlerësuar pikat e forta dhe të dobëta të infermieres në mënyrë të tillë që ndërhyrjet për prindërit të marrin parasysh stilin unik të prindërimit. Shkalla përbëhet nga 32 fjali dhe mat tre variabla të infermieres:

- a) Pritshmëritë – 12 fjali që masin pritshmëritë e infermiereve për zhvillimin e fëmijës së tyre;
- b) Disiplinën – 10 fjali që vlerësojnë reagimet e infermieres për problemet e sjelljes së fëmijës;

---

<sup>30</sup> Më gjerësisht të shihet tek çështja e dizenjimit të ndërhyrjes së hershme parandaluese në studim.



- c) Mirërritjen – 10 fjali që masin sjelljet specifike të infermieres që nxisin zhvillimin psikologjik të fëmijës.

Infermieret vlerësojnë çdo fjali nga njëshi deri tek katra duke u bazuar tek shpeshësia e shfaqjes së sjelljes. Ky instrument përdoret për prindërit që kanë fëmijët nga mosha një vjeç deri në moshën katër vjeç e 11 muajsh. Është një instrument që ka një gjuhë të thjeshtë dhe mund të kuptohet edhe nga prindër të cilët kanë bërë tre vitet e para të shkollës. Instrumenti mund të plotësohet bashkë me një mjek ose individualisht. Koha për plotësimin e instrumentit është 10 minuta. Mbas plotësimit pikët e marra nga infermierja konvertohen në pikët e standartizuara T. Ky instrument është standartizuar me një kampion përfaqësues rreth 1056 nëna.

Mosha e nënave varionte nga 20 deri në 50 vjeç. Gjithashtu në këtë grup përfaqësues kishte dhe nëna me etni të ndryshme, të martuara dhe të pamartuara. Normat u zhvilluan për prindërit që kishin fëmijë nga një vjeç deri në katër vjeç e 11 muajsh, me intervale moshe gjashtëmujore. Instrumenti ka koeficientin e alfës për tre variablat specifikisht: Pritshmëritë 0.93; Disiplina 0.85; Mirërritja 0.73. Në instrumentin e përshtatur në shqip, mbasi infermieret plotësonin të dhënat demografike lexonin një paragraf hyrës ku shpjegoshin qëllimet e instrumentit dhe mënyrën e plotësimit të instrumentit. Mbas infermieret plotësonin instrumentin, pikët e tyre për thëniet e çdo variabli mbledheshin dhe konvertoheshin në pikë T, ku pika mesatare ishte 50 (me devijim standart 10). Ky konvertim bënte të mundur interpretimin e sjelljeve infermiere pavarësisht moshës së ndryshme të fëmijëve. Pikët T me vlerat normative të formës së shkurtuar të shkallës ndahen për grupet me intervale gjashtëmujore të moshës. Në fillim merren pikët për thëniet e Pritshmërive, Disiplinës dhe Mirërritjes. Më pas lokalizohen pikët T në tabelën interpretuese duke u bazuar tek mosha e fëmijës dhe ky pikëzim shërben për interpretimin e shkallës.

Interpretimi bëhet duke u bazuar në pesë nivele. Niveli më i lartë ekstrem ka pikëzimin T 76-81. Niveli mbi mesatare ka pikëzimin T 66-75. Niveli mesatar ka pikëzimin T 35-65. Niveli i ulët ka pikëzimin T 25-35. Niveli më i ulët ka pikëzimin T 20-24. Mesatarja e çdo nënshkalle e pikës T është 50 dhe devijimi standard 10. Pikët 40-60 përfaqësojnë një pikëzim më të ulët apo më të lartë se një devijimi standard, ndërsa pikët 30-70 përfaqësojnë pikëzim të dy devijimeve standarde poshtë dhe mbi mesataren. Pikëzimi më i lartë T për nënshkallën e Pritshmërive lidhet me pritshmëri më të larta infermiere për moshën e fëmijëve dhe pikëzim më i ulët i T lidhet me pritshmëri më të ulëta infermiere për moshën e fëmijëve

pasi mosha dhe niveli zhvillimor i fëmijës duhet të merren në konsideratë për të interpretuar nëse pritshmëritë infermiere kanë qenë të larta, të ulëta apo të arsyeshme. Pikët e larta të nënshkallës së Disiplinës reflektojnë përdorimin e ndëshkimit verbal dhe fizik nga infermierja.

Ndërsa pikët e larta të shfaqura tek nënshkalla e Mirërritjes reflektojnë përdorimin e aktiviteteve pozitive zhvillimore që prindi përdor për fëmijën dhe tregojnë nivele të larta të ndjeshmërisë prindërore. Meqenëse pikët për çdo nënshkallë nuk janë të qëndrueshme, pasi p.sh. pikë të ulëta në mirërritje mund të shihen si negative ndërsa pikët të ulëta në disiplinim mund të shihen si pozitive, interpretimi për çdo nënshkallë pikëzohet veçantë për të parandaluar keqinterpretimet e shkallës.

### **3.5. Intervista gjysëm e strukturuar**

Intervista gjysëm e strukturuar ofron një mundësi për të dëgjuar pjesëmarrësit që të flasin për përvoja apo aspekte të veçanta të jetës së tyre. Pavarësisht se kjo lloj interviste mund të shihet edhe si jo e drejtpërdrejtë, pasi i lihet mundësia të intervistuarit të flasë përtej pyetjeve të planifikuara, por intervistuesi e drejton intervistën me një grup pyetjesh të rëndësishme që janë planifikuar paraprakisht. Kështu që intervistuesi duhet të gjejë një ekuilibër midis kontrollit të intervistës por dhe se ku mund të shkojë intervista duke i lënë intervistuesit hapësirën që të ripërcaktojë çështjen në investigim dhe të gjenerojë perspektiva të reja dhe për intervistuesin. Për këtë arsye formulimi i pyetjeve kërkon qartësi dhe pyetjet e hapura duhet të jenë në një numër relativisht të ulët.

## **Përfundim**

Ky studim ka pasur si qëllim që të ekzaminojë rolin e infermieres dhe cilësisë së përkujdesjes në proceset vetë-rregulluese të fëmijëve që frekuentojnë çerdhet e Gjakovës. Përdorimi i metodologjisë së përzier ndihmoi në qartësimin dhe përforcimin e informacioneve të marra nga burime të ndryshme. Nga ana tjetër ndërhyrja me anën e konsultimit tek kujdestaret pati rezultatet të pakta të cilat nuk ndikonin në proceset vetë-rregulluese të fëmijëve.

Një nga faktorët kryesorë është se ka faktorë më të rëndësishëm që ndikojnë në cilësinë e përkujdesjes se sa ndërhyrja tek kujdestaret për zhvillimin profesional. Këto faktorë lidhen me kushtet e punës së kujdestareve dhe programin që implementohet në çerdhe. Për këtë arsye fokusi për rritjen e cilësisë së përkujdesjes duhet të jetë më i gjerë, duke u fokusuar si tek faktorët strukturorë, në mënyrë që të përmirësohen standartet për mjedisin, dhe për programin edukativ në çerdhe, por dhe tek faktorë që provomojnë zhvillimin e marrëdhënies midis kujdestareve dhe fëmijëve. Për më tepër kujdestarja duhet të vlerësohet si edukatorja, mësuesi dhe duhet të krijohen mundësi shkollimi, kualifikimi të vazhdueshëm për të, pasi kujdestarja është në radhë të parë një specialist zhvillimi, që mbështet fëmijët duke i garantuar përvoja të përshtatshme zhvillimore në çerdhe.

Mjedisi i hershëm stimulues i fëmijëve sidomos në ambientin e ngushtë familjar ka një rol kritik në nxitjen e proceseve vetë-rregulluese edhe kur fëmijët kanë faktorë të brendshëm rrezikues që lidhen me tiparet e temperamentit. Por ky mjedis kur është pengues ndikon në përforcimin e faktorëve të brendshëm rrezikues tek fëmijët duke rrezikuar proceset vetë-rregulluese dhe duke rritur shkallën e rrezikut për shfaqjen e problemeve socio-emocionale tek fëmijët.

## Literatura

1. Szyf, M. (2009). The early life environment and the epigenome. *Biochimica Biophysica Acta (BBA)*, 878-885.
2. Curley, J. P. (2009). Social enrichment during postnatal development induces transgenerational effects on emotional and reproductive behavior in mice. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 1-14.
3. Levitt, P. (2003). Structural and functional maturation of the developing primate brain. *Journal of Pediatrics*, 35-45.
4. Sweatt, J. D. (2009). Experience-dependent epigenetic modifications in the central nervous system. *Biological Psychiatry*, 191-198.
5. Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA*, 2252-2259
6. Champagne, F. A. & Curley, J. P. (2009). Epigenetic mechanisms mediating the longterm effects of maternal care on development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 593-600.
7. Bradley, R. H., & Vandell, D. L. (2007). Child care and the well-being of children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 669-676.
8. National Scientific Council on the Developing Child (NSCDC). (2010). Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development: Working Paper No. 10.
9. “Ndjeshmëria prindërore” është huazuar nga termi në anglisht “parental sensitivity” (Fox & Calkins, 2003).
10. Smith, C. L., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2006). The relation of maternal behaviour and attachment security to toddlers' emotions and emotion regulation. *Research in Human Development*, 21-31.
11. Polan, H. J., & Hofer, M. A. (2008). Psychobiological origins of infants attachment and its role in development. In J. C. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2nd ed. (pp. 158-172). New York: Guilford Press.
12. “Problemet e jashtme” është term i huazuar nga termi në anglisht “externalizing problems” dhe nënkupton problemet e sjelljes që vijnë nga nivelet e larta të impulsivitetit dhe agresionit (Crockenberg et al., 2008).
13. “Brendësim i problemeve” është huazuar nga termi në anglisht “internalizing problems” që nënkupton problemet e sjelljes që vijnë nga nivelet e larta të gjendjeve emocionale negative si ankthi, depresioni, frika (Crockenberg & Leerkes, 2006).
14. Gilliom, M., Shaw, D. S., Beck, J. E., Schonberg, M. A., & Lukon, J. L. (2002). Anger regulation in disadvantaged preschool boys: Strategies, antecedents, and the development of self-control. *Developmental Psychology*, 222-235.
15. IAEA, Health Effects and Medical Surveillance, PRTM-3, Vienna, Austria, 2004.
16. IAEA, Measurements Uncertainty, A practical Guide for Secondary Standards Dosimetry Laboratories, IAEA-TECDOC-1585, Vienna, Austria, 2008.