

**VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË  
SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM  
TË KUJDESIT PALIATIV**

**Grupi i punës:** Erka Amursi, Rudina Rama, Ali Xhixha, Fatmir Prifti, Kristo Huta  
**Realizuar nga:** Shoqata Ryder Albania dhe Shoqata Kombëtare e Kujdesit Paliativ

**Tiranë 2013**

## Pasqyra e lëndës

Hyrje.....	3
Metodologjia.....	4
Rezultatet e studimit.....	8
Konkluzioni/përfundime.....	95
Rekomandime.....	100
Shtojca .....	102

## Hyrje

Shoqata Kombëtare e Kujdesit Paliativ (SHKKP) është një organizatë ombrellë, me një fokus të vecantë në aktivitetet lobuese dhe advokuese për fushën e kujdesit paliativ. Së fundmi nismat kryesore të kësaj organizate janë orientuar në hartimin e strategjisë kombëtare të kujdesit paliativ dhe planin e tij të veprimit, përgatitjen e standardeve të shërbimit të kujdesit paliativ, realizimin e një hulumtimi për vlerësimin e detajuar të nevojave, rritjen e kapaciteteve vecanërisht në çështjet e opioideve etj. Gjithashtu, përfaqësuesit e shoqatës kombëtare janë angazhuar seriozisht në përmbushjen e një prej objektivave kryesore të strategjisë kombëtare, që i referohet fillimit të ofrimit të shërbimit të kujdesit paliativ në sistemin publik të kujdesit shëndetësor. Aktualisht, shërbimi publik i kujdesit shëndetësor mbulon vetëm 20% të nevojave të shërbimit të kujdesit paliativ në nivel kombëtar dhe është i përqendruar vetëm në Tiranë. Ndërsa në disa qytete si Tirana, Durrësi, Korça ai ofrohet nga organizata jo fitimprurëse të cilat mbulojnë 28% të nevojave, ndërkohë në qytetet e tjera ky shërbim mungon krejtësisht dhe pothuaj 52% e pacientëve në nevojë të kujdesit paliativ nuk përfitojnë shërbim të kualifikuar.

Gjatë aktivitetëve lobuese dhe advokuese me përfaqësues të SHKKP, me një ekspertë ndërkombëtarë dhe përfaqësues të Ministrisë së Shëndetësisë, u gjenerua ideja për të përfshirë dhe ofruar shërbim ambulator nëpërmjet spitaleve rajonale. Duke u bazuar në argumentin se spitalet rajonale kanë një nivel të ulët të shfrytëzimit të shtratit, ndaj të paktën dy infermiere dhe një mjek të angazhohen për të ofruar shërbim të kujdesit paliativ. Për të përmbushur këtë skenar u paraqit e nevojshme realizimi i vlerësimit të burimeve njerëzore të disponueshme në secilin spital rajonal, niveli i aftësive dhe motivimit të tyre në lidhje me përfshirjen në shërbimin e kujdesit paliativ, niveli i medikamenteve të vlefshme për kujdesin paliativ, niveli i përdorimit të opioideve në shërbimin spitalor si edhe vlerësimi i paisjeve dhe kushteve të tyre teknike.

### *Qëllimet kryesore të studimit janë*

1. Të vlerësojë motivimin dhe kapacitetet e burimeve njerëzore të nevojshme për të ofruar shërbim të kujdesit paliativ.
2. Të vlerësojë vlefshmërinë dhe aksesin e medikamentet dhe pajisjet e nevojshme për të ofruar shërbim të kujdesit paliativ në të gjitha spitalet rajonale
3. Të analizojë infrastrukturën dhe fleksibilitetin e nevojshëm për të ofruar shërbim të kujdesit paliativ në të gjitha spitalet rajonale.

## Metodologjia

Për të realizuar qëllimin dhe objektivat e studimit është përdorur metodave sasiore e mbledhjes së të dhënave sasiore parësore dhe dytësore. Të dhënat parësore u mbledhën nëpërmjet dy pyetësorë të vetëadministrueshëm. Ndërsa të dhënat dytësore u mbledhën duke shfrytëzuar të dhënat dhe statistikat e disponueshme të spitaleve rajonale, por duke iu shpërndarë subjekteve një instruemnt të hartuar nga grupi i studimit dhe ekspertët e fushës së kujdesit paliaitv.

### Popullata dhe karakteristikat e kampionit:

Popullata e studimit janë mjekët dhe infermierët e spitaleve rajonale të vendit. Në studim morën pjesë 267 mjekë dhe infermierë të spitaleve rajonale të vendit.

Subjektet në studim përbëhen nga 56.6% infermiere dhe 43.1%. Sipas grup moshës 31.5% e punonjësve i përkasin grup moshës 40 – 49 vjec dhe vetëm 2% i përkasin grup moshës mbi 60 vjec. 1/3 e subjekteve kanë kryer studimet e larta, ¾ e profesionisteve janë me arsim të lartë, një përqindje mjaft e vogël e subjekteve janë me arsim të mesëm dhe gati 13% kanë mbaruar studimet master dhe dhe pak më shumë se gjysma e tyre kanë një eksperincë të gjatë profesionale, mbi 15 vite punë, në shëndetësi

Të dhënat u mbledhën gjatë një periudhë katër mujore nga Nëntor 2012 – Shkurt 2013

### Instrumentat e përdorur në studim:

Për realizimin e studimit u përdorën 4 pyetësorë me vetadministrim, përkatësisht:

1. Pyetësori lidhur me të dhënat demografike të pjesëmarrësve
2. Pyetësori për vlerësimin e njohurive dhe qendrimeve të pjesëmarrësve lidhur me kancerin dhe kujdesin paliativ
3. Shkalla e vlerësimit të sindromës së konsumimit profesional e Maslach
4. Pyetësori i burimeve humane dhe materiale të disponueshme nga spitalet rajonale

Pjesëmarrësit u sqaruan paraprakisht lidhur me përmbajtjen e pyetësorëve dhe mënyrën e plotësimit të tyre. Si edhe, një intervistues i trajnuar ishte i disponueshëm për t'iu përgjigjur pyetjeve të pjesëmarrësve lidhur me plotësimin e pyetësorit gjatë plotësimit të tij.

### Të dhënat e mbledhura nga instrumentat e përdorur:

- Të dhëna demografike dhe profesionale të pjesëmarrësve, ku përfshihen gjinia, grupmosha, rajoni, statusi social, profesioni dhe specialiteti, niveli i arsimimit, vitet e punës në shëndetësi, si dhe koha e punës (me ose pa turne).
- Të dhëna që lidhen me njohuritë dhe qendrimet e subjekteve rreth kancerit si sëmundje dhe kujdesit paliativ, të cilat konsistuan në çështje të tilla si:
  - o Konsiderimi ose jo i kancerit si sëmundje e shërueshme

- Njohuritë rreth kujdesit paliativ
- Njohurive rreth trajtimeve të sëmurëve me kancer
- Njohuritë rreth shkallës analgjezike
- Njohuritë rreth problemeve të pacientëve terminalë
- Qendrimet rreth kujdesit të ofruar ndaj kancerit dhe të sëmurëve terminalë nga organet kompetente
- Qendrimet rreth literaturës relevante në gjuhën shqipe
- Qendrimet se nga cilët profesionistë duhet të ndiqet i pacienti terminal
- Ku duhet të trajtohet i sëmuri terminal
- Qendrimet nëse i duhet treguar diagnoza pacientit terminal
- Qendrimet ndaj nivelit të rimbursimit të medikamenteve

Të dhënat lidhur me këto çështje mblidhen nëpërmjet pyetësorit në formën e të dhënave nominale ose ordinale.

- Të dhëna rreth konsumimit profesional të profesionistëve të shëndetësisë të mbledhura nëpërmjet pyetësorit të konsumimit profesional, i cili është hartuar për të matur dhe vlerësuar aspektet e sindromës së konsumimit profesional, si: lodhjen emocionale, depersonalizimin (humbjen e identitetit personal) dhe mungesën e përmbushjes personale.
  - *Nënshkalla e Rraskapitjes Emocionale (RE)* përbëhet nga nëntë elementë që përshkruajnë dhe vlerësojnë ndjenjën e të qenit emocionalisht i tendosur dhe i lodhur nga puna. Për këtë faktor, ngarkesa e lartë faktoriale (me frekuencë 0.84 dhe intensitet 0.81) Maslach et al. (1981) i referohet në mënyrë të drejtëpërdrejtë konsumimit profesional.
  - *Nënshkalla e Depersonalizimit (DP)* përbëhet nga pesë elementë, që përshkruajnë dhe masin pandjeshmërinë (të qenit zemërgurë) dhe përgjigjen e ftohtë, indiferente ndaj marrësve të shërbimit apo përkujdesjes. Për të dyja nënshkallët e rraskapitjes emocionale dhe depersonalizimit, pikët mesatare të larta i korrespondojnë shkallës së lartë të përjetimit të konsumimit profesional. Ekziston një korrelacion i moderuar ndërmjet këtyre dy nënshkallëve, që është në përputhje me pritshmëritë teorike sipas të cilave, aspektet e konsumimit profesional trajtohen të ndara, por kanë lidhje me njëra-tjetrën.
  - *Nënshkalla e Përmbushjes Personale (PP)* përbëhet nga tetë elementë që përshkruajnë dhe masin ndjenjën e kompetencës dhe arritjeve pozitive të punonjësve në punë. Ndryshe nga dy nënshkallët e tjera, mesatarja e ulët e pikëve të kësaj nënshkalle i korrespondon nivelit të lartë të përjetimit të konsumimit profesional. Kjo nënshkallë është e pavarur nga dy nënshkallët e tjera. Përmbushja Personale nuk mund të supozohet si e kundërta e Rraskapitjes Emocionale dhe/ose e Depersonalizimit. Në të vërtetë, korrelacioni ndërmjet shkallës së Përmbushjes Personale dhe shkallëve të tjera është i ulët. Për Rraskapitjen Emocionale frekuenca është -0.17 dhe intensiteti -0.05, ndërsa për Depersonalizimin janë respektivisht -0.28 dhe 0.22.

- Të dhëna lidhur me burimet humane dhe materiale të spitaleve rajonale që konsistuan në të dhëna lidhur me:
  - o Numrin e personelit sipas specialiteteve
  - o Numrin e pavjoneve, shtretërve, dhomave,
  - o Numri i pacientëve që kanë marrë shërbim për cdo pavjon
  - o Numri i vdekjeve dhe shkaqet
  - o Numri i pajisjeve mjekësore dhe furnizimeve,
  - o Numri i analizave që aplikohen dhe testeve
  - o Disponueshmëria e materialeve të rëndësishme për kujdesin paliativ
  - o Disponueshmëria e medikamenteve
  - o Disponueshmëria e opioideve
  - o Përdorimi i opioideve
  - o Të dhëna infrastrukturore, etj.

### **Pikëzimi dhe interpretimi i pyetësorit të konsumimit profesional:**

Secili pyetësor i plotësuar është i pikëzuar me një çelës pikësh me udhëzimet përkatëse për secilën nënshkallë. Secila prej pikëve mund të kodohet si e ulët, e mesme ose e lartë duke përdorur ndarjen (cut off) numerike, bazuar në çelësin e pikëve.

Tabela në vijim paraqet treguesit e niveleve të ulëta, mesatare dhe të larta të konsumimit profesional për punonjësit e shëndetësisë për secilën nënshkallë (kategorji).

NIVELI	KATEGORITË		
	Rraskapitja Emocionale (0- 48)	Depersonalizimi (0-30)	Përmbushja Personale (0-42)
	Frekuenca	Frekuenca	Frekuenca
i lartë	≥27	≥10	≥40
mesatar	19-26	6-9	39-34
i ulët	0-18	0-5	0-33

Frekuenca me të cilën të intervistuarit provojnë ndjenja të lidhura me secilën nënshkallë, matet me një shkallë me shtatë pikë: 0 (asnjëherë); 1 (disa herë në vit ose më pak); 2 (disa herë në muaj ose më pak); 3 (disa herë në muaj); 4 (një herë në javë); 5 (disa herë në javë) dhe 6 (çdo ditë).

Konsumimi është konceptuar si një variabël i vazhdueshëm, duke filluar nga niveli më i ulët, i moderuar dhe më i lartë i ndjenjave të provuara:

- Një nivel i lartë konsumimi reflektohet në pikët e larta të marra në nënshkallën e Rraskapitjes Emocionale dhe Depersonalizimit dhe në pikë të ulëta në nënshkallën e

Përbushjes Personale.

- Një nivel i mesëm konsumimi reflektohet në pikët mesatare të marra në të tria nënshkallët.
- Një nivel i ulët i konsumimit reflektohet në pikët e ulëta të marra në nënshkallën e Rraskapitjes Emocionale dhe Depersonalizimit dhe në pikët e larta në nënshkallën e Përbushjes Personale.

#### **Analiza e të dhënave:**

Për analizën e të dhënave është përdorur statistika deskriptive dhe ajo konkluduese (Hi katrori, Testi ekzakt i Fisher, Testi t dhe one-way ANOVA).

E gjithë analiza e të dhënave është kryer nëpërmjet paketës statistikore SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 16.0).

## Rezultatet dhe diskutimi

Rezultatet janë grupuar në 5 kapituj:

1. Karakteristikat socio-demografike të stafit mjekësor të përfshirë në studim.
2. Njohuritë dhe qendrimet e stafit mjekësor ndaj kujdesit paliativ për të sëmurët terminal me kancer sipas faktorëve socio-demografikë dhe profesionalë.
3. Niveli i konsumimit profesional i stafit mjekësor.
4. Konsumimi profesional i stafit mjekësor sipas faktorëve socio-demografikë dhe profesionalë.
5. Përshkrimi sasior i kapaciteteve dhe burimeve të spitaleve rajonale për mundësinë e integritit të kujdesit paliativ në shërbimin shëndetësor spitalor.

### I. Karakteristikat socio-demografike të stafit mjekësor të përfshirë në studim

Në studim morën pjesë 267 subjekte: 100 meshkuj (37.5%) dhe 166 femra (62.2%). 1 e dhënë mungon. Subjektet i përkasin 12 rajoneve të vendit sipas shpërndarjes së përshkruar në tabelën 1.

Tabela 1. Shpërndarja e subjekteve sipas rajoneve.

Rajonet	Frekuenca	Përqindja
Berat	17	6.4
Durrës	23	8.6
Elbasan	25	9.4
Fier	20	7.5
Gjirokastër	20	7.5
Korcë	21	7.9
Kukës	25	9.4
Dibër	28	10.5
Shkodër	18	6.7
Vlorë	21	7.9
Lezhë	25	9.4
Tiranë	24	9.0
Total	267	100.0



VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Pjesëmarrësit përbëheshin nga 115 mjekë (43.1%) dhe 151 infermierë (56.6%). 1 e dhënë mungon. Shpërndarja e tyre sipas specialiteteve përshkruhet në tabelën 2.

**Tabela 2. Profesionet e pjesëmarrësve sipas specialiteteve.**

Profesioni*	Frekuenca	Përqindja
Mjek/e kirurg/e	16	6.0
Mjek/e internist/e	7	2.6
Mjek/e onkolog/e	15	5.6
Mjek/e urgjences	14	5.2
Mjek/e anestezist/e	2	.7
Mjek/e pediatër	8	3.0
Mjek/e gjinekolog/e	15	5.6
Mjek/e tjetër	38	14.2
Infermier/e kirurgjie	17	6.4
Infermier/e e pavioneve	40	15.0
Infermier/e urgjencës	26	9.7
Infermier/e reanimacioni	11	4.1
Infermier/e gjinekologjie	5	1.9
Instrumentar/e	5	1.9
Infermier/e tjetër	47	17.6
Total	266	99.6

\* Mungojnë të dhënat për 1 subjekt.

Në tabelën 3, në vijim, përshkruhet shpërndarja e subjekteve sipas grupmoshës, nivelit të arsimimit dhe viteve të punës në shëndetësi.

Shihet se grupmosha me frekuencë më të lartë është ajo 40 – 49 vjec (31.5%). Arsimi i lartë është edhe niveli më i shpeshtë i edukimit në subjektet që kanë marrë pjesë në studim (75.7%). Ndërsa, përsa i përket viteve të punës në shëndetësi, shihet se pjesa më e madhe e pjesëmarrësve në studim (50.6%) kanë mbi 15 vjet punë në shëndetësi.

**Tabela 3. Subjektet sipas grupmoshës, nivelit të arsimimit dhe viteve të punës në shëndetësi.**

Variabli	Frekuenca	Përqindja
<b>Grupmosha</b>		
deri 29 vjec	49	18.4
30 - 39 vjec	65	24.3

40 - 49 vjec	84	31.5
50 - 59 vjec	50	18.7
60 dhe më shumë	6	2.2
Të dhëna të munguara	13	4.9
<b>Niveli i arsimit</b>		
Arsim i mesëm	22	8.2
Arsim i lartë	202	75.7
Master/ShPU	34	12.7
Doktor/e Shkencash	4	1.5
Profesor/e i/e asociuar	1	0.4
Tjetër	1	0.4
Të dhëna të munguara	3	1.1
<b>Vitet e punës në shëndetësi</b>		
0 - 5 vjet	55	20.6
6 - 15 vjet	73	27.3
mbi 15 vjet	135	50.6
Të dhëna të munguara	4	1.5

Rreth 86 ose 32% e subjekteve punonin me turne dhe 169 ose 63% nuk punonin me turne. Mungonin të dhënat për 12 subjekte. Frekuenca më e lartë e turnit të dytë dhe të tretë ishte dy herë në javë.

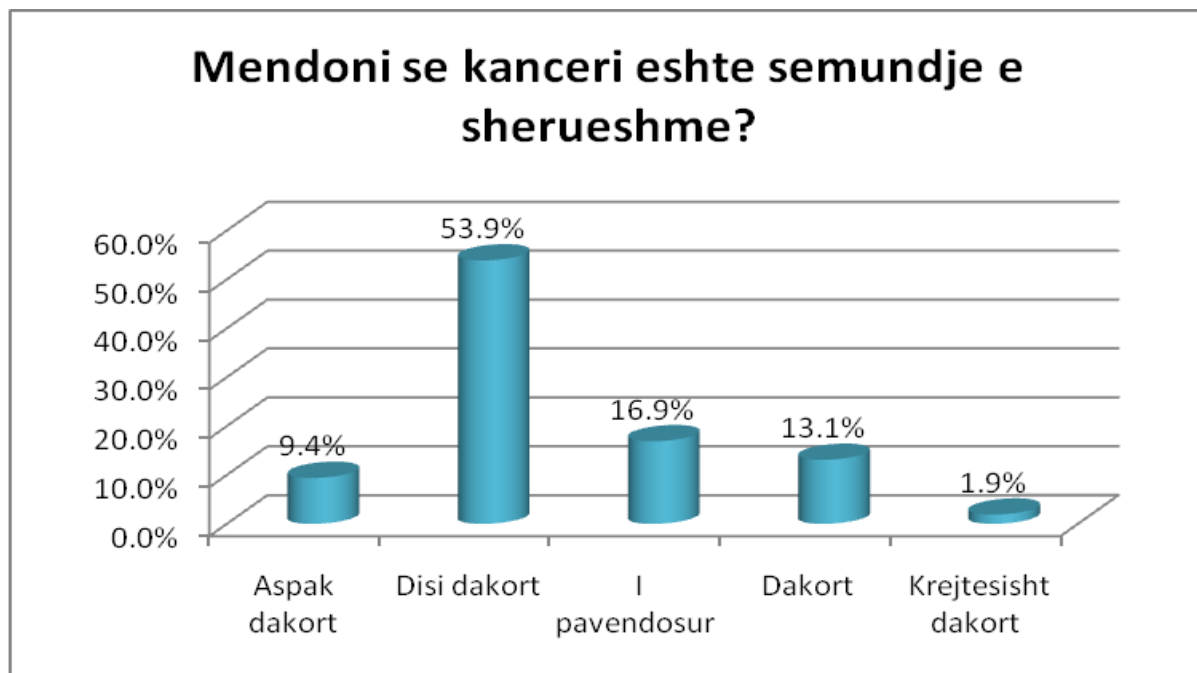
## II. Njohuritë dhe qendrimet e stafit mjekësor ndaj kujdesit paliativ për të sëmurët terminal me kancer dhe shpërndarja e tyre sipas faktorëve socio-demografikë dhe profesionalë.

Subjektet në studim janë pyetur nëse ata e konsideronin kancerin si sëmundje të shërueshme. Për këtë është përdorur shkalla Likert, ku qendrimet e subjekteve janë grupuar në 5 alternativa progresive që fillojnë me ‘aspak dakort’ deri në ‘krejtësisht dakort’.

Nga *grafiku 1* shihet se rreth 25 ose 9.4% e subjekteve nuk janë aspak dakort për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme; 144 ose 53.9% janë disi dakort; 45 ose 16.9% janë të pavendosur; 35 ose 13.1% janë dakort me pohimin, dhe 5 ose 1.9% janë krejtësisht dakort për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme.

Pra, vetëm 15% e stafit mjekësor që ka marrë pjesë në studim është dakort ose krejtësisht dakort për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme.

### *Grafiku 1.*



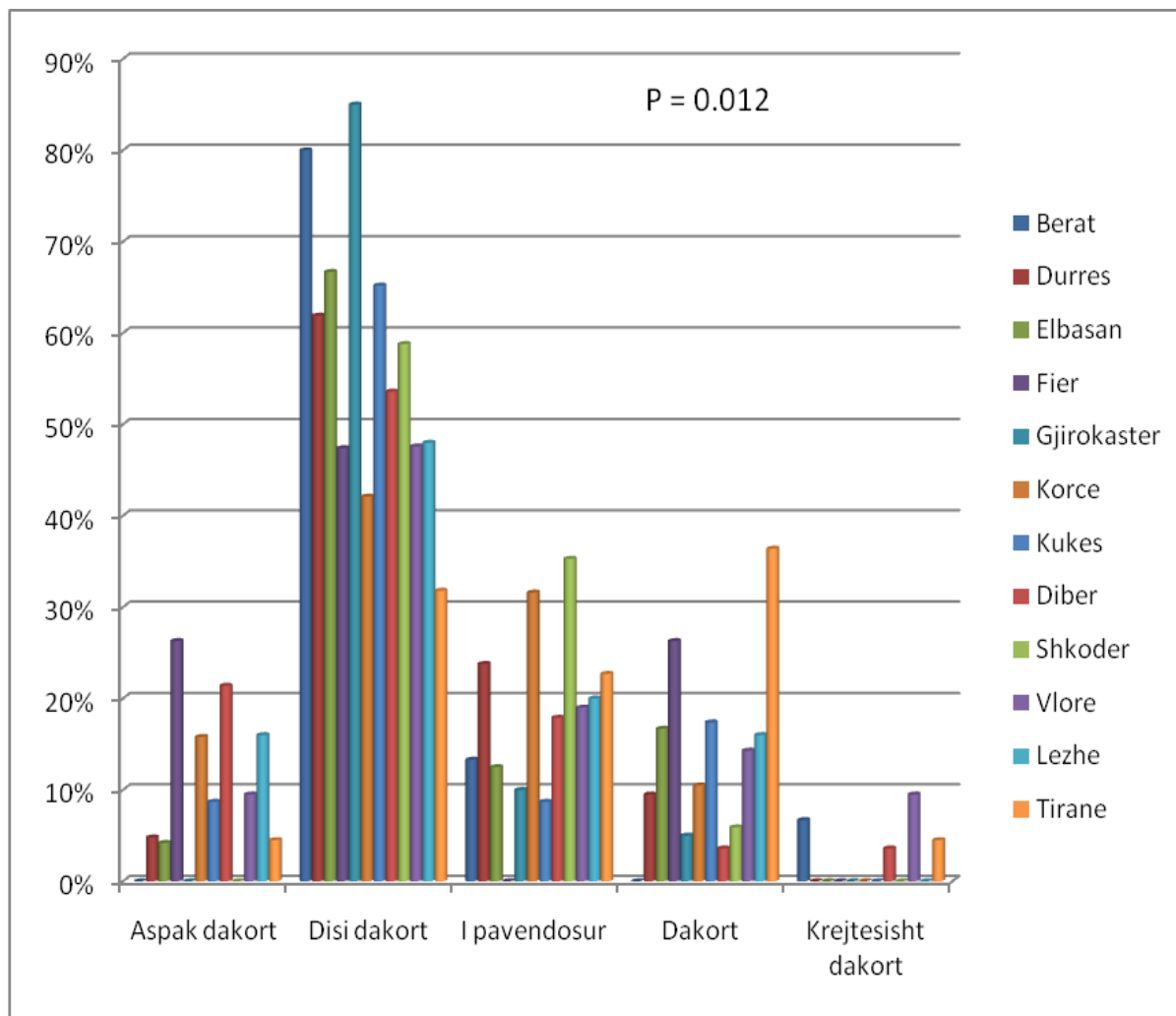
Pas analizës së shtresëzuar sipas faktorëve sociodemografikë dhe profesionalë rezultoi se përgjigjet lidhur me konsiderimin ose jo të kancerit si sëmundje e shërueshme varionin në mënyrë statistikisht domethënëse në varësi të rajonit, dhe profesionit. Përgjigjet rreth konsiderimit ose jo të kancerit si sëmundje e shërueshme duket se nuk kishin lidhje statistikisht sinjifikative ( $P > 0.05$ ) me faktorët e tjerë sociodemografikë dhe profesionalë si: gjinia, moshë, statusi social, niveli i edukimit, vitet e punës në shëndetësi, apo puna me turne.

Në grafikun 2 tregohet shpërndarja e përgjigjeve të subjekteve rreth konsiderimit ose jo të kancerit si sëmundje e shërueshme sipas rajoneve të cilave u përkisnin. Shihet se rajonet që kanë patur një përqindje më të lartë subjektësh që nuk ishin aspak dakord për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme ishin Fieri (26.3% e subjekteve) dhe më pas Dibra (21.4% e subjekteve). Ndërkohë që Berati, Gjirokastra dhe Shkodra nuk kishin asnjë subjekt që të kishte zgjedhur këtë alternativë përgjigjeje.

Subjektet nga rajoni i Tiranës janë më tepër dakort për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme krahasuar me rajonet e tjera (36.4% e subjekteve).

Krejtësisht dakord për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme ishin më shumë subjekte nga Vlora (9.4%), Berati (6.7%), Tirana (4.5%), dhe Dibra (3.6%). Askush nga rajonet e tjera nuk ishte krejtësisht dakord për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme. (Testi Hi-katror.  $P = 0.012$ ).

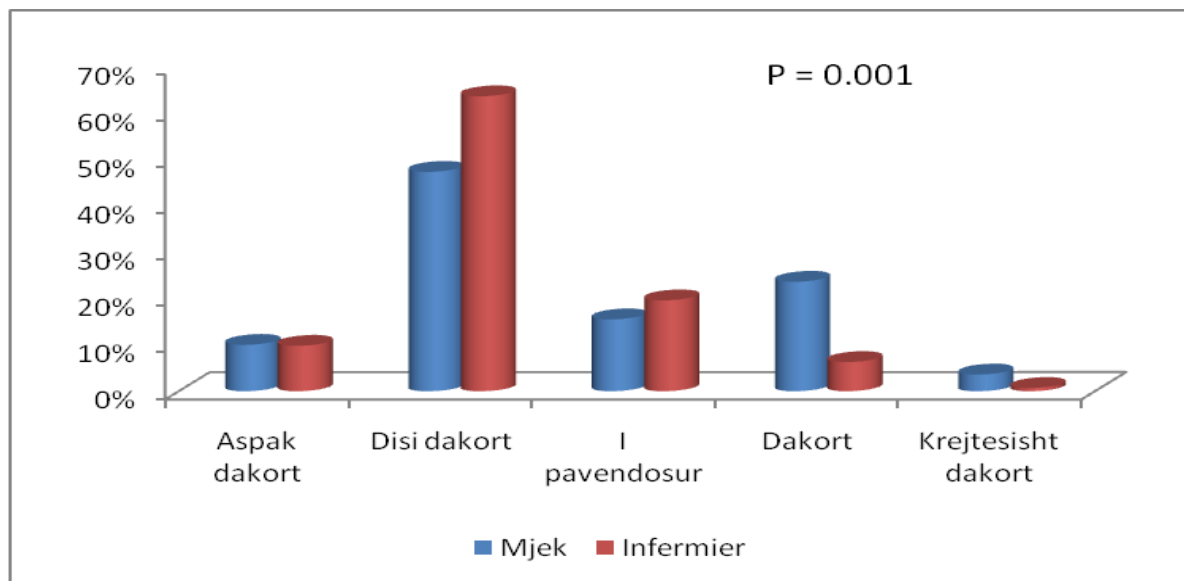
**Grafiku 2. Konsiderimi i kancerit si sëmundje e shërueshme sipas rajoneve.**



Në grafikun 3 vihat re se mjekët kanë zgjedhur më shpesh alternativat ‘dakort’ dhe ‘krejtësisht dakort’ për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme, pra e konsiderojnë kancerin si sëmundje të shërueshme më shumë se infermierët.

23.6% e mjekëve krahasuar me 6.3% të infermiereve janë dakord për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme dhe 3.6% e mjekëve krahasuar me 0.7% të infermiereve janë ‘krejtësisht dakord’. (Testi Hi-katror,  $P = 0.001$ )

**Grafiku 3. Konsiderimi i kancerit si sëmundje e shërueshme sipas mjekëve dhe infermierëve.**



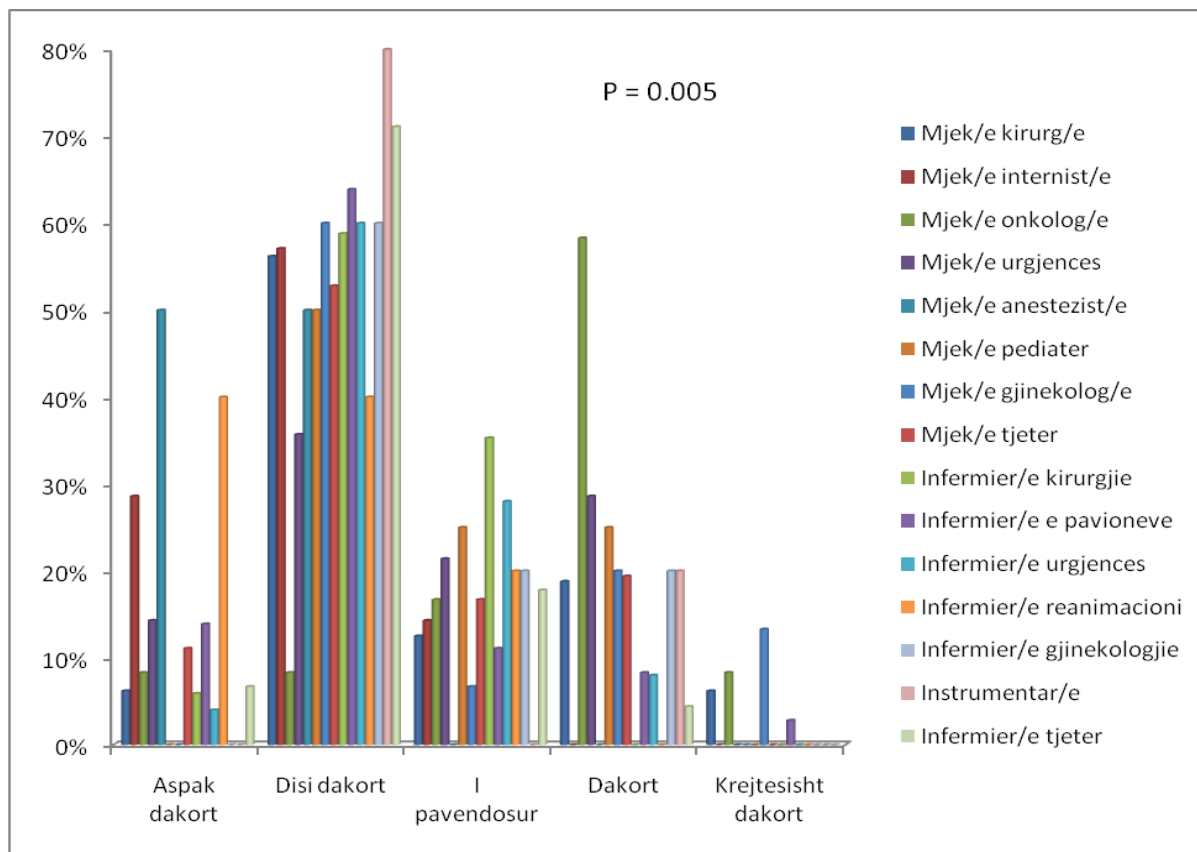
Analiza e shtresëzuar tregoi se mjekët anestezistë (50% e tyre), të pasuar nga infermierët e reanimacionit (40% e tyre) dhe mjekët interistë (28.6% e tyre) kishin zgjedhur më shpesh opSIONIN ‘aspak dakort’ lidhur me pyetjen se sa dakort ishin ata për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme.

Mjekët onkologë ishin më shumë ‘dakort’ me konsiderimin e kancerit si sëmundje e shërueshme (58.3% e tyre), të pasuar nga mjekët e urgjencës (28.6%) dhe mjekët pediatër (25%).

Krejtësisht dakort për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme ishin 13.3% e mjekëve gjinekologë dhe 8.3% e mjekëve onkologë; 6.2% e mjekëve kirurgë dhe 2.8% e infermierëve të pavioneve. Askush nga profesionistët e tjerë nuk ishte krejtësisht dakort për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme.

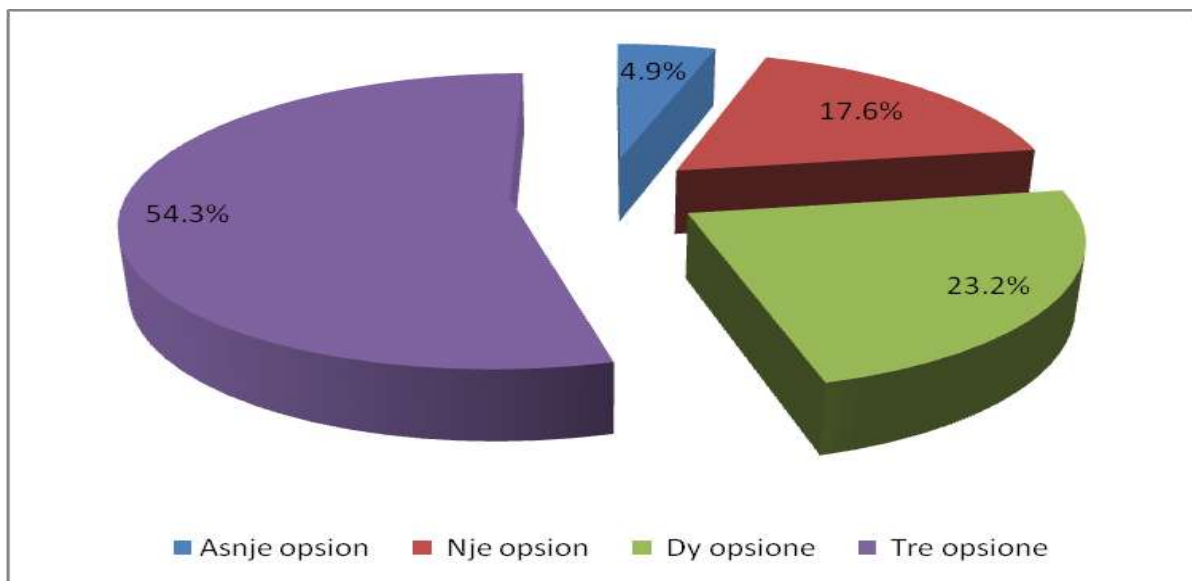
Dakort dhe Krejtësisht dakort për ta konsideruar kancerin si sëmundje të shërueshme nuk ishte asnjë mjek interist, mjek anestezist, infermier kirurgjie, dhe infermier reanimacioni. Rezultatet ishin statistikisht sinjifikative. (Testi Hi-katror,  $P= 0.005$ ). Grafiku 4.

**Grafiku 4. Konsiderimi i kancerit si sëmundje e shërueshme sipas profesionit.**



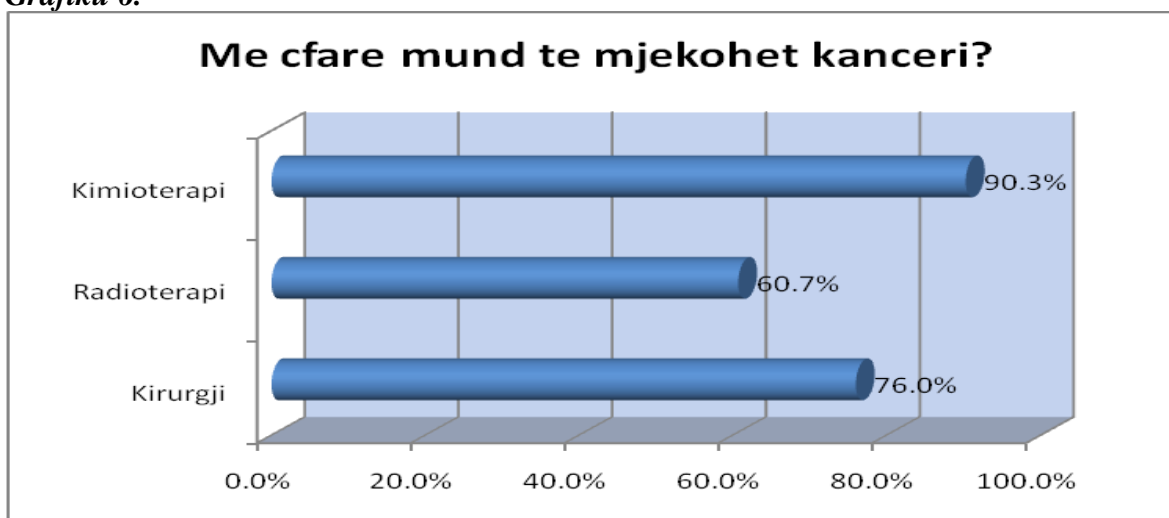
Në pyetjen se me cilat terapi mund të mjekohej kanceri: kirurgji, radioterapi, kimioterapi, ku mund të zgjidhej më tepër se një alternativë, vetëm 54.3% e subjekteve i zgjodhën të treja opsionet; 23.2% e subjekteve zgjodhën vetëm 2 opsione mjekimi; 17.6% zgjodhën 1 opsion mjekimi dhe 4.9% nuk zgjodhën asnjë nga 3 opsionet e mjekimit të kancerit. Përgjigjet janë paraqitur në grafikun 5.

**Grafiku 5. Shpërdarja e subjekteve sipas numrit të terapive të përzgjedhura për mjekimin e kancerit.**



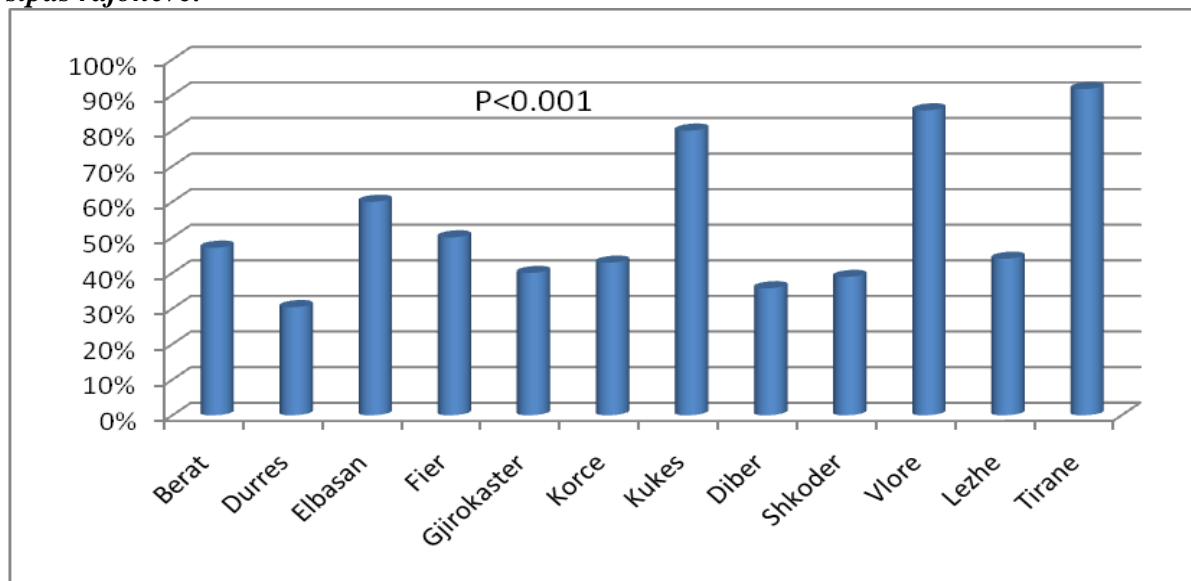
Në grafikun 6 shihet se Kimioterapia është terapia më e përzgjedhur nga subjektet lidhur me mjekimin e kancerit. Ajo është përzgjedhur nga rreth 14% e subjekteve më shumë se kirurgjia, dhe nga rreth 30% më shumë e subjekteve se radioterapia. Konkretisht, 76% e subjekteve kanë zgjedhur kirurgjinë; 60.7% e subjekteve radioterapinë dhe 90.3% e tyre kimioterapinë.

**Grafiku 6.**



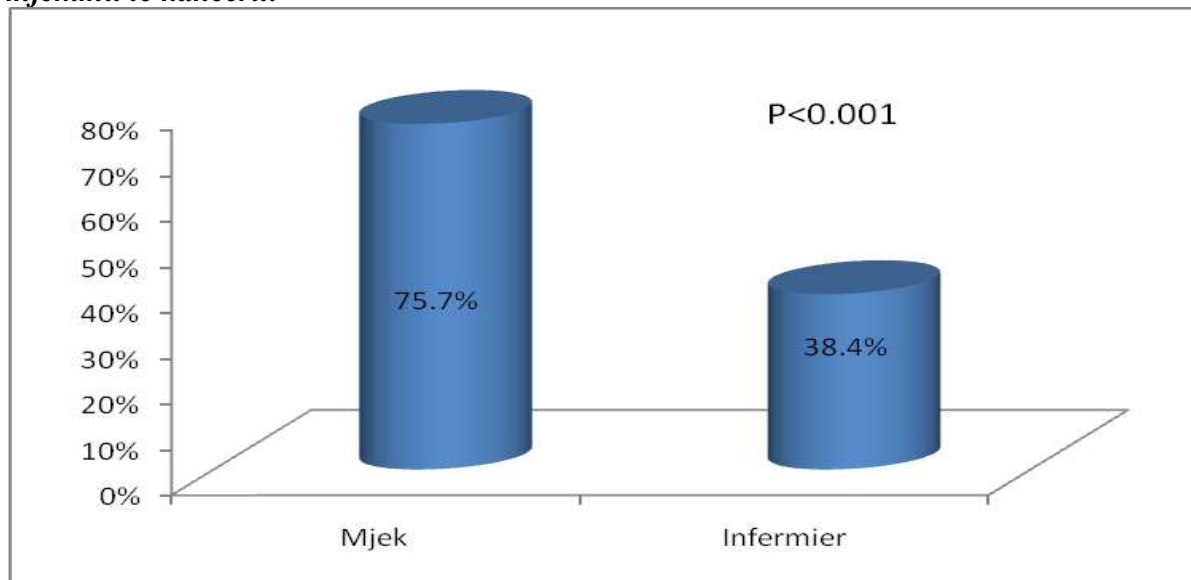
Analiza e shtresëzuar tregoi një lidhje statistikisht sinjifikative mes numrit të përzgjedhur të alternativave të mjekimit të kancerit dhe rajoneve. Në grafikun 7 paraqiten përqindjet e subjekteve që i kanë zgjedhur të treja opsionet e mjekimit të kancerit sipas cdo rajoni. Shihet se të treja alternativat e mjekimit të kancerit janë përzgjedhur më shumë nga rajoni i Tiranës (91.7%), më pas i Vlorës (85.7%) dhe ai i Kukësit (80%). Të treja alternativat janë zgjedhur më pak në rajonin e Durrësit (30.4%), të Dibrës (35.7%) dhe të Shkodrës (38.9%). Rezultatet janë statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P < 0.001$ ).

**Grafiku 7. Përqindja e subjekteve që kanë zgjedhur tre opsionet e mjekimit të kancerit sipas rajoneve.**



Shohim në grafikun 8 se mjekët i kanë zgjedhur të treja alternativat e mjekimit të kancerit më tepër sesa infermierët (75.7% e mjekëve vs. 38.4% e infermierëve). Rezultatet janë statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P < 0.001$ ).

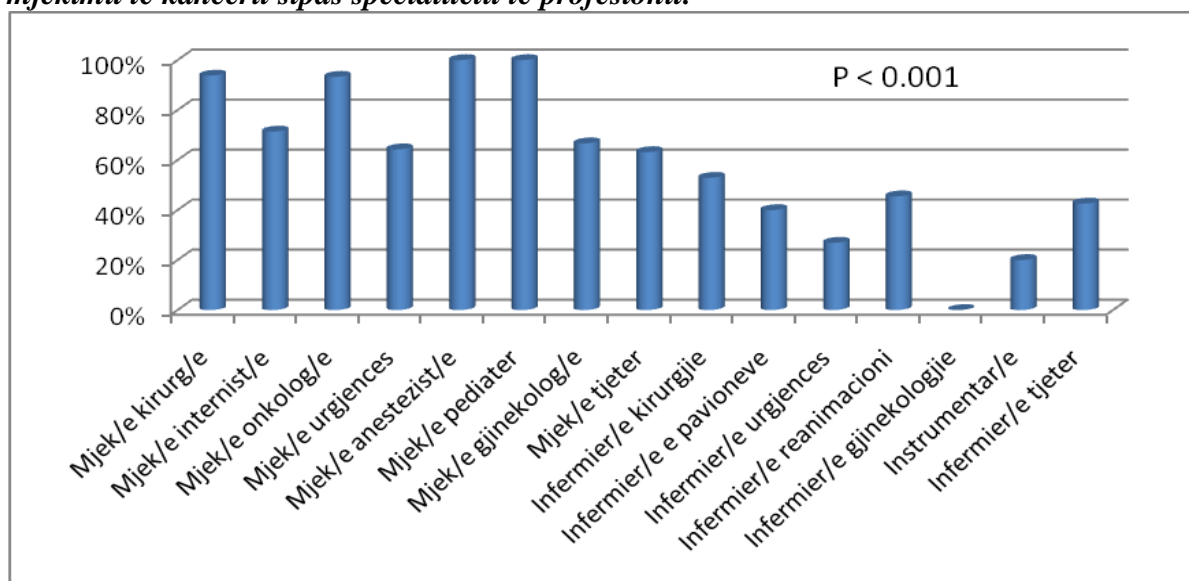
**Grafiku 8. Përqindja e mjekëve dhe infermierëve që kanë zgjedhur të tre terapitë e mjekimit të kancerit.**



Diferencat në zgjedhjen e numrit të alternativave të mjekimit të kancerit ishin statistikisht sinjifikative edhe bazuar në specialitetet e profesioneve. Kështu, të treja alternativat ishin zgjedhur më shumë nga mjekët anestezistë dhe peditër (100% e tyre), mjekët kirurgë (93.8%) dhe mjekët onkologë (93.3%). Të treja alternativat nuk ishin zgjedhur nga asnjë infermier gjinekologjie, vetëm nga 20% e instrumentarëve dhe 26.9% e infermierëve të urgjencës. Rezultatet janë statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P < 0.001$ ). Grafiku 9.

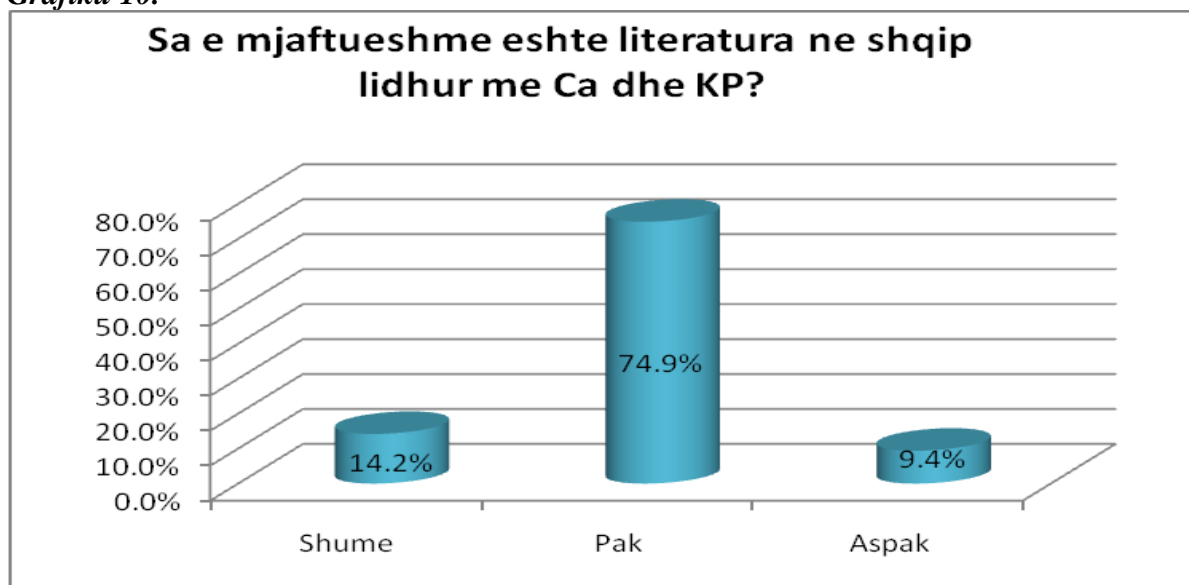


**Grafiku 9. Përqindjet e profesionistëve shëndetësorë që kanë zgjedhur tre terapitë e mjekimit të kancerit sipas specialitetit të profesionit.**



Të pyetur nëse literatura mjekësore në shqip për kancerin në përgjithësi dhe mjekësinë paliative në vecanti është ose jo e mjaftueshme, 38 subjekte ose 14,2% e tyre i janë përgjigjur ‘shumë e mjaftueshme’, 200 ose 74,9% e subjekteve janë përgjigjur ‘pak e mjaftueshme’ dhe 25 subjekte ose 9,4% e tyre janë përgjigjur ‘aspak e mjaftueshme’. (Mungojnë të dhënat për 4 subjekte). Shpërndarja e përgjigjeve paraqitet në *grafikun 10*, në vijim.

**Grafiku 10.**



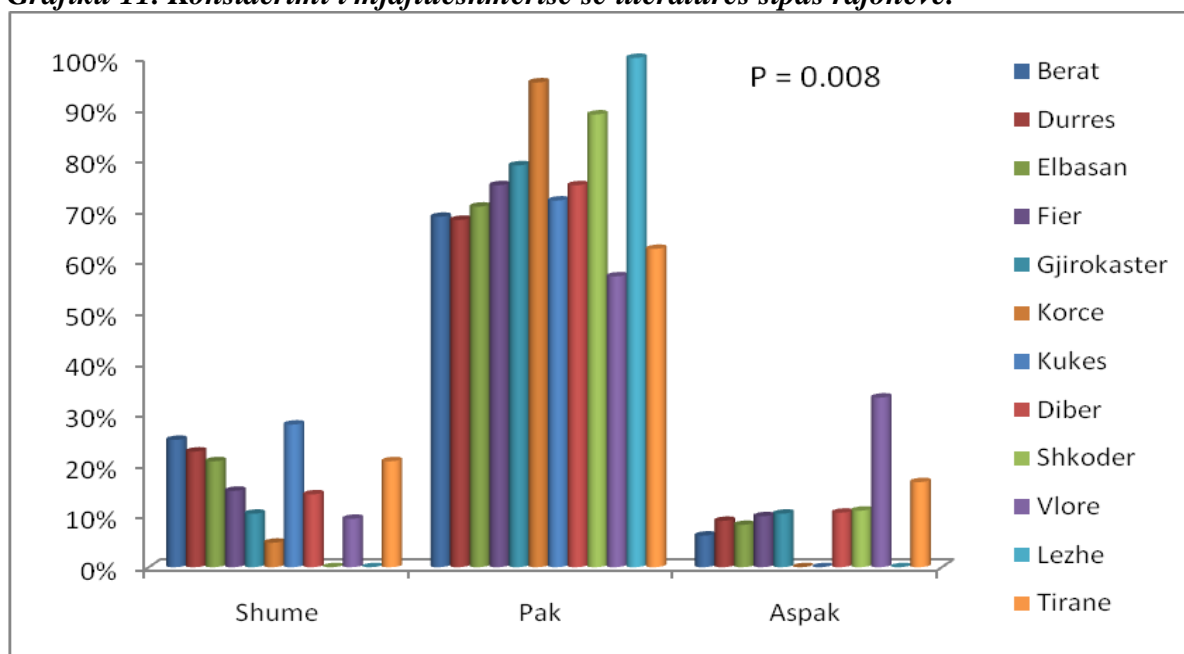
Analiza e shtresëzuar dhe testi Hi-katorr treguan diferenca statistikisht sinjifikative në konsiderimin e literaturës mjekësore rreth kancerit dhe kujdesit paliativ si të mjaftueshme ose

jo, bazuar në rajonin, gjininë, grupmoshën dhe profesionin e subjekteve në studim ( $P < 0.05$ ). Diferencat bazuar në faktorët e tjerë sociodemografikë dhe profesionalë nuk ishin statistikisht sinjifikative.

Rajoni ku literatura është konsideruar më shumë e mjaftueshme është Kukësi, e pasuar nga Berati, Durrësi, Elbasani, dhe Tirana. 28% e subjekteve nga Kukësi e kanë konsideruar shumë të mjaftueshme literaturën ekzistuese rreth kancerit dhe kujdesit paliativ. Pjesa më e madhe e subjekteve nga të gjitha rajonet e kanë konsideruar atë si pak të mjaftueshme. Ndërsa alternativa ‘aspak e mjaftueshme’ është zgjedhur më shumë nga subjektet nga Vlora (33.3%), e pasuar nga Tirana (16.7%), Shkodra (11.1%), Dibra, Gjirokastra e Fieri.

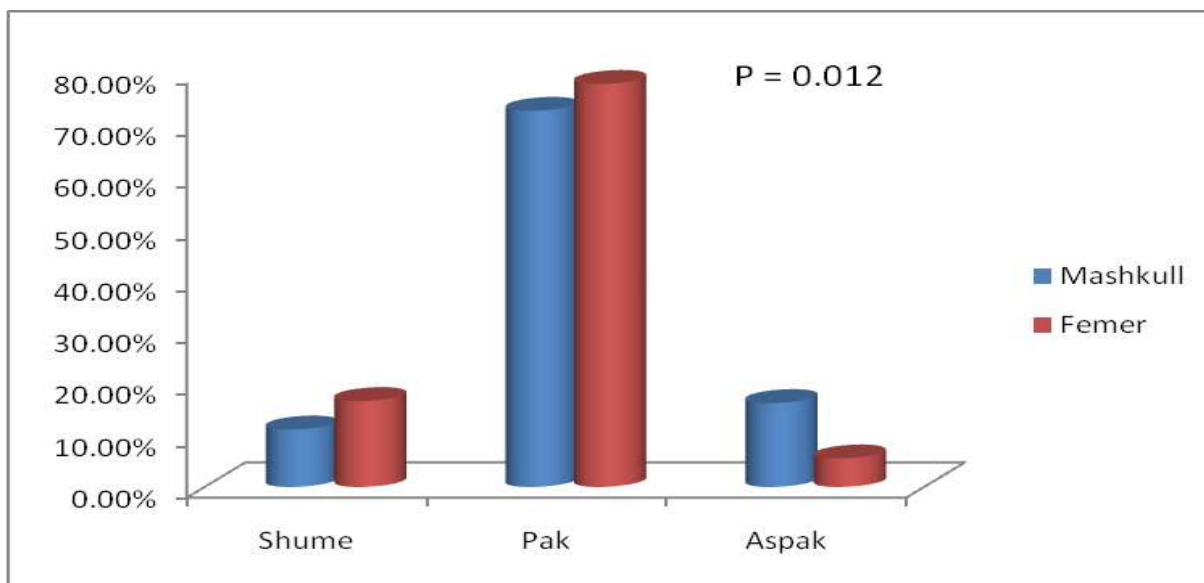
Rezultatet ishin statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P = 0.008$ ). Shpërndarja e tyre paraqitet në grafikun 11.

**Grafiku 11. Konsiderimi i mjaftueshmërisë së literaturës sipas rajoneve.**



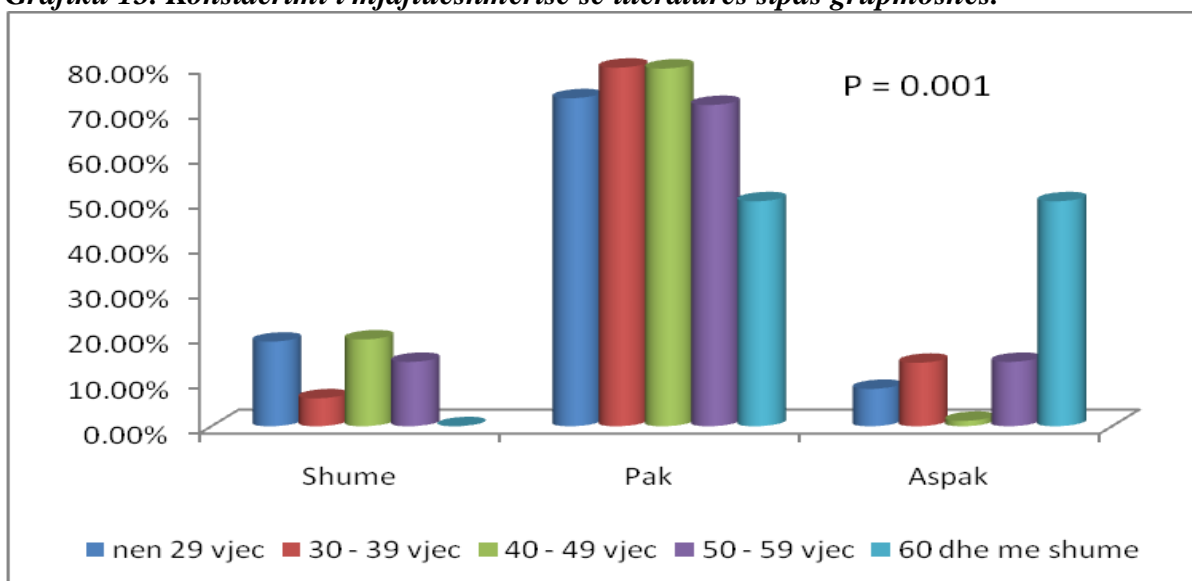
Meshkujt e konsiderojnë literaturën mjekësore në shqip për kancerin dhe mjekësinë paliative më pak të mjaftueshme krahasuar me femrat ( $P < 0.05$ ). 16.2% e meshkujve krahasuar me 5.5% e femrave e konsiderojnë këtë literaturë si aspak të mjaftueshme. (Testi Hi-katror,  $P = 0.018$ )

**Grafiku 12. Konsiderimi i mjaftueshmërisë së literaturës sipas gjinisë.**



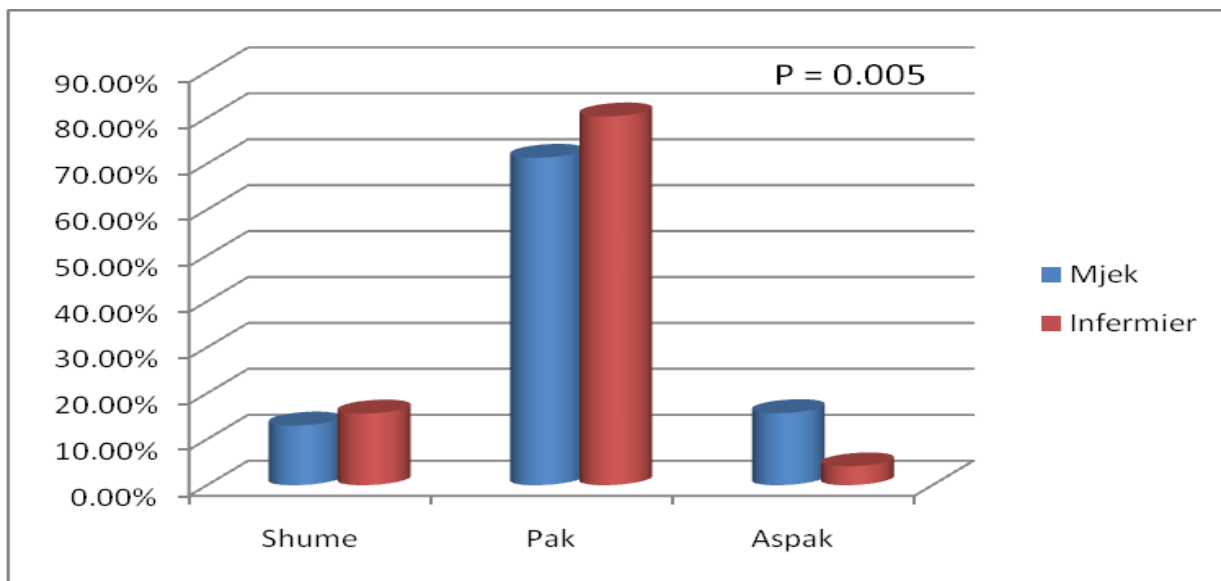
Sic shihet në grafikun 13, subjektet mbi 60 vjec e konsiderojnë më pak të mjaftueshme literaturën mjekësore në shqip për kancerin dhe kujdesin paliativ krahasuar me grupmoshat e tjera (Testi Hi –katror,  $P = 0.001$ ).

**Grafiku 13. Konsiderimi i mjaftueshmërisë së literaturës sipas grupmoshës.**



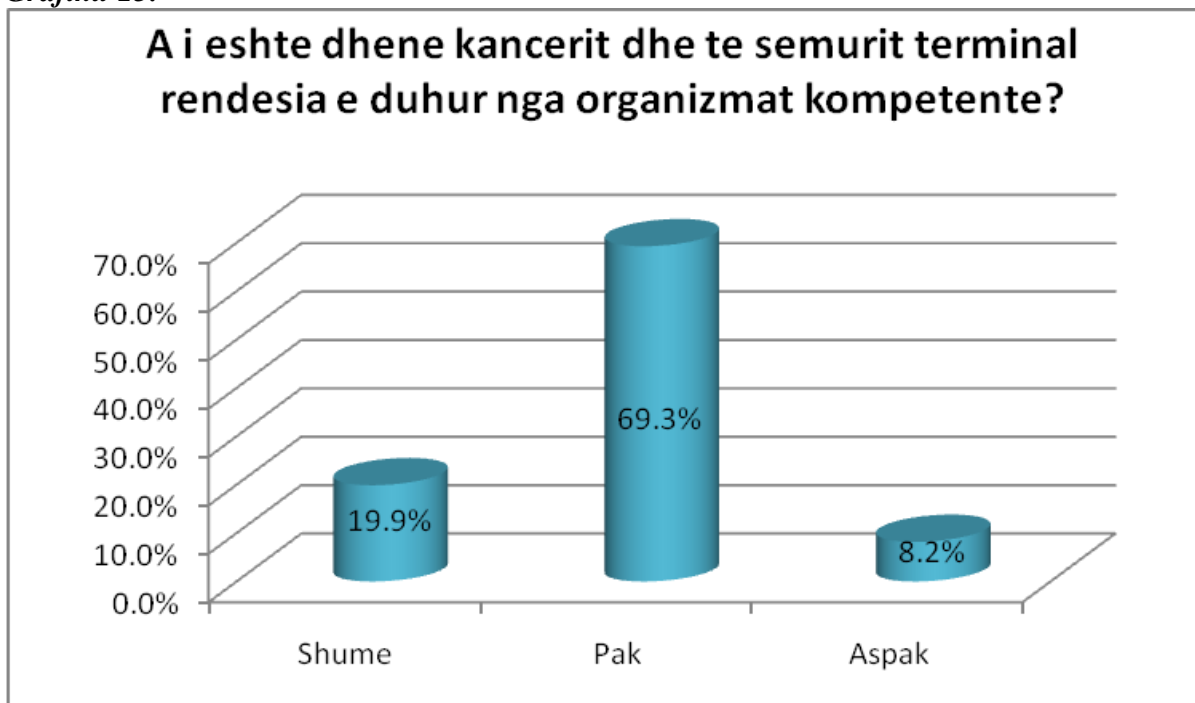
Mjekët e konsiderojnë literaturën mjekësore në shqip për kancerin në përgjithësi dhe mjekësinë paliative në vecanti ‘aspak të mjaftueshme’ më shpesh krahasuar me infermierët (15.7% krahasuar me 4.1%) dhe kjo është statistikisht sinjifikative ( $P = 0.005$ ). Shpërndarja e përqindjeve të përgjigjeve të subjekteve sipas profesionit paraqitet në grafikun 14.

**Grafiku 14. Konsiderimet për mjaftueshmërinë e literaturës për mjekët dhe infermierët.**



Sic tregohet edhe në *grafikun 15* më poshtë, të pyetur se sa rëndësi i është dhënë nga organizmat kompetentë kancerit në përgjithësi dhe të sëmurit terminal në vecanti, 53 ose 19.9% e profesionistëve shëndetësorë në studim i janë përgjigjur ‘shumë’, 185 ose 69.3% i janë përgjigjur ‘pak’ dhe 22 ose 8.2% i janë përgjigjur aspak. Mungojnë të dhënat për 7 subjekte.

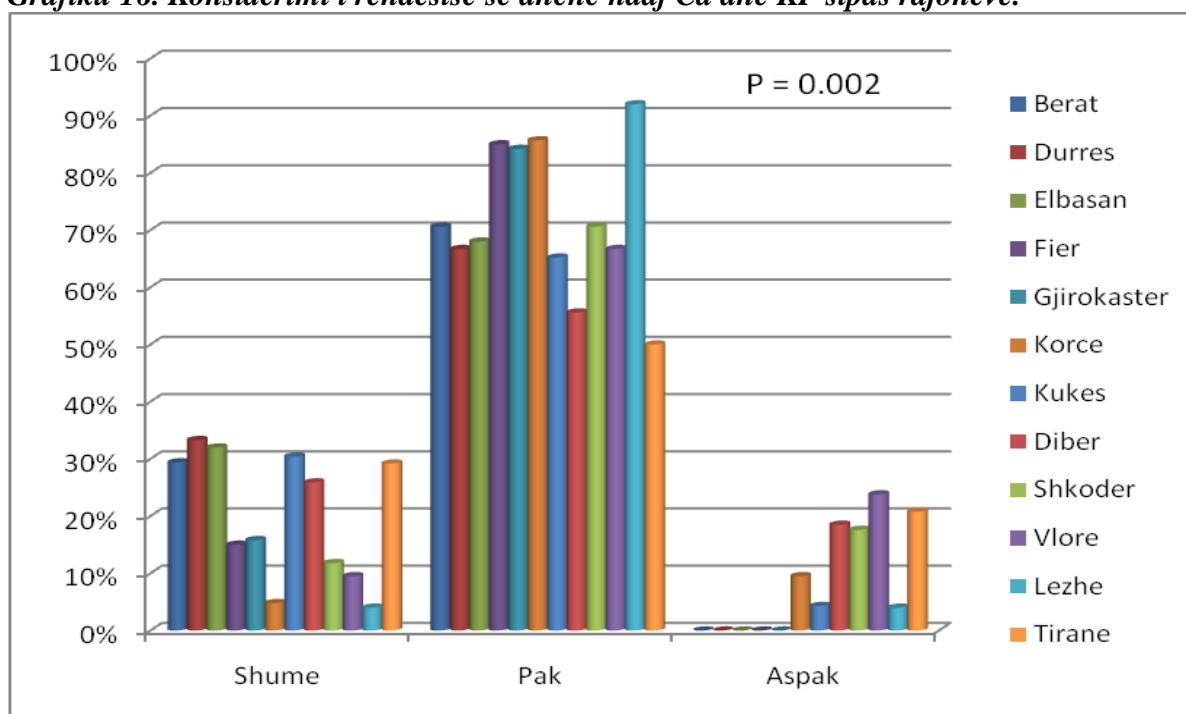
**Grafiku 15.**



Analiza e shtresëzuar tregoi se ka diferenca statistikisht sinjifikative sipas rajoneve në konsiderimin e rëndësisë së dhënë ndaj kancerit dhe kujdesit paliativ nga organizmat kompetente. Diferencat ishin statistikisht domethënëse ( $P < 0.05$ ) edhe bazuar në gjininë, statusin social, profesionin dhe nivelin e arsimit të subjekteve.

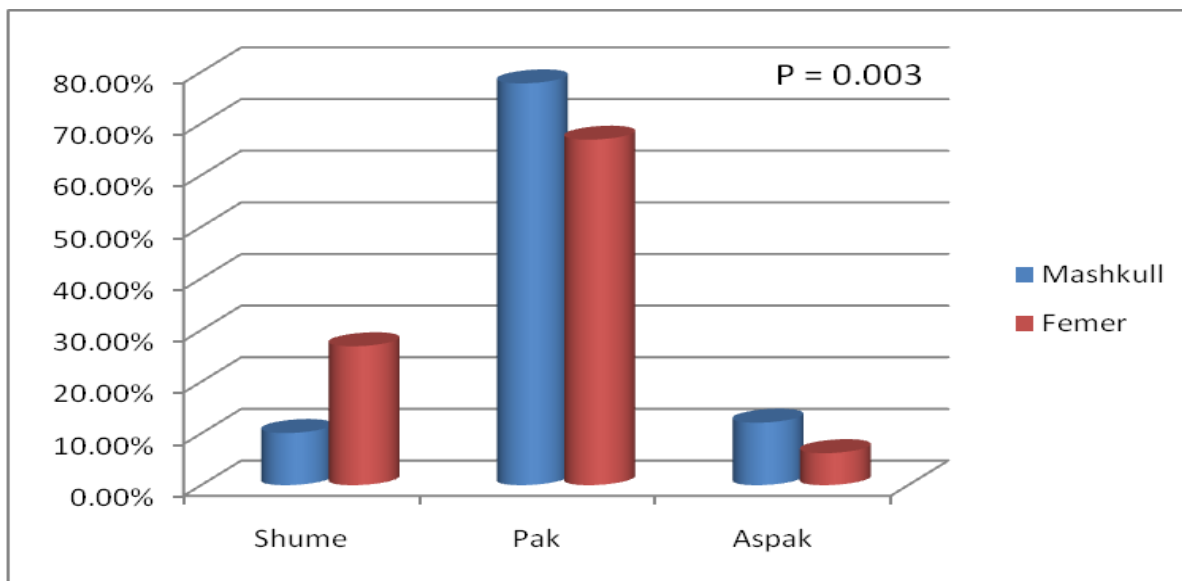
Në grafikun 16 tregohet se rajonet që kanë përqindjet më të larta të alternativës ‘shumë’, subjektet e të cilave kanë shprehur opinionin se kancerit dhe kujdesit paliativ i është dhënë shumë rëndësi nga organizmat kompetente janë: Durrës, Elbasan, Berat dhe Tiranë (33% - 29%) e tyre. “Aspak” dakord me këtë konsiderim është përzgjedhur më shumë nga rajonet: Vlorë (24%) dhe Tiranë (21%), Dibër (19%) dhe Shkodër (18% e tyre). Testi hi-katorr,  $P = 0.002$

**Grafiku 16. Konsiderimi i rëndësisë së dhënë ndaj Ca dhe KP sipas rajoneve.**



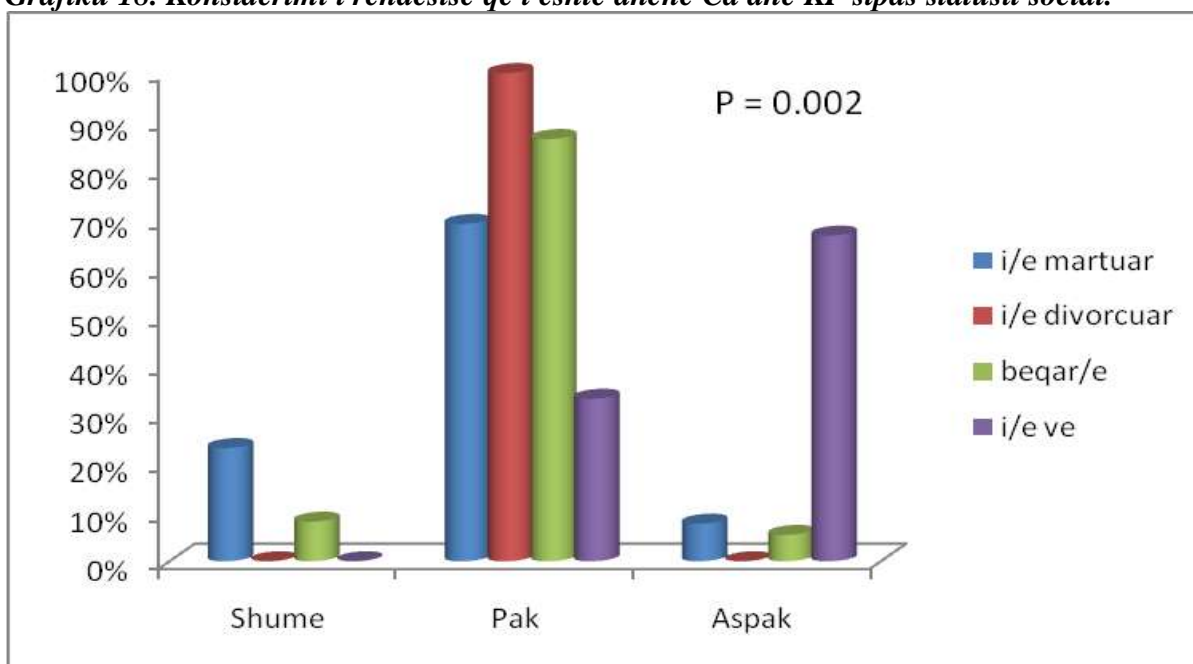
Mendojnë se i është dhënë shumë rëndësi kancerit dhe kujdesit paliativ nga organizmat kompetente rreth 27% e femrave dhe 10% e meshkujve. Ndërkohë që, mendojnë se nuk i është dhënë aspak rëndësi nga organizmat kompetentë kancerit dhe kujdesit paliativ 12% e meshkujve dhe 6% e femrave. 78% e meshkujve mendojnë se i është dhënë pak rëndësi, krahasuar me 68% të femrave. Diferencat janë statistikisht sinjifikative. (Testi Hi-katorr,  $P = 0.003$ ). Shpërndarja e përqindjeve të përgjigjeve rreth kësaj pyetjeje sipas gjinisë paraqitet në grafikun 17.

**Grafiku 17. Konsiderimi i rëndësisë së dhënë ndaj Ca dhe KP sipas gjinisë.**



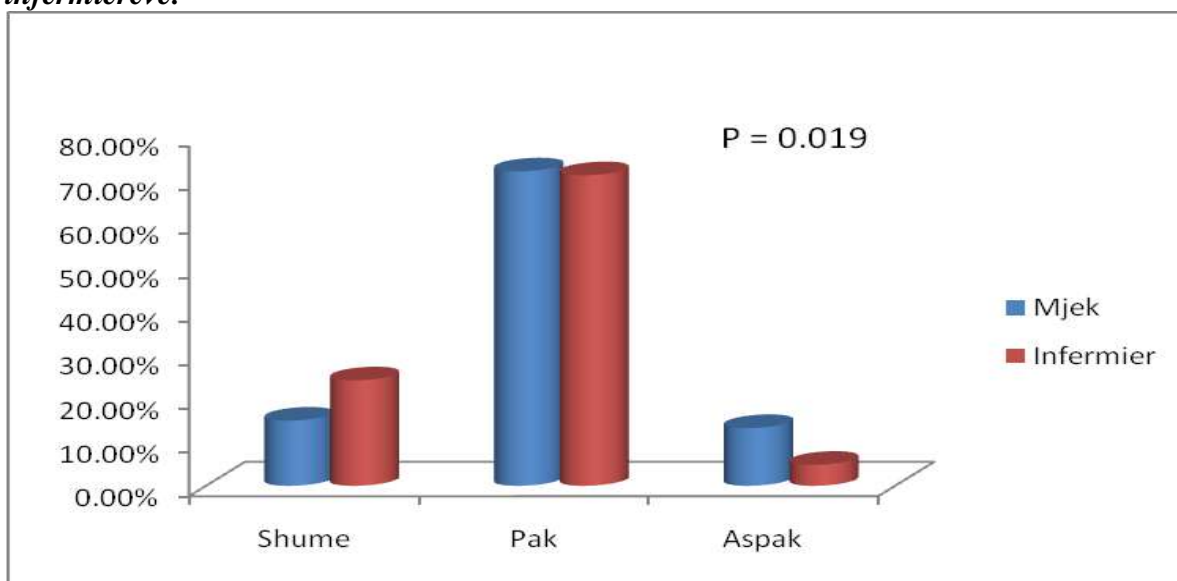
U vu re nga analiza se statusi social ishte gjithashtu i lidhur në mënyrë statistikisht domethënëse me konsiderimin e nivelit të rëndësisë që i është dhënë nga organizmat kompetente kancerit dhe kujdesit paliativ. Kështu, individët e martuar ishin më shumë dakort krahasuar me individët e statuseve të tjera sociale (23% e të martuarve, 8% e beqarëve, 0% e të divorcuarve dhe të veve). Ndërkohë që nga ata që mendonin se kancerit dhe kujdesit paliativ nuk i është kushtuar ‘aspak’ rëndësi nga organizmat kompetentë ishin më shumë individë të ve (67%) krahsuar me 8% të të martuarve, 5% të beqarëve dhe 0% të të divorcuarve. (Testi Hi-katror,  $P = 0.002$ )

**Grafiku 18. Konsiderimi i rëndësisë që i është dhënë Ca dhe KP sipas statusit social.**



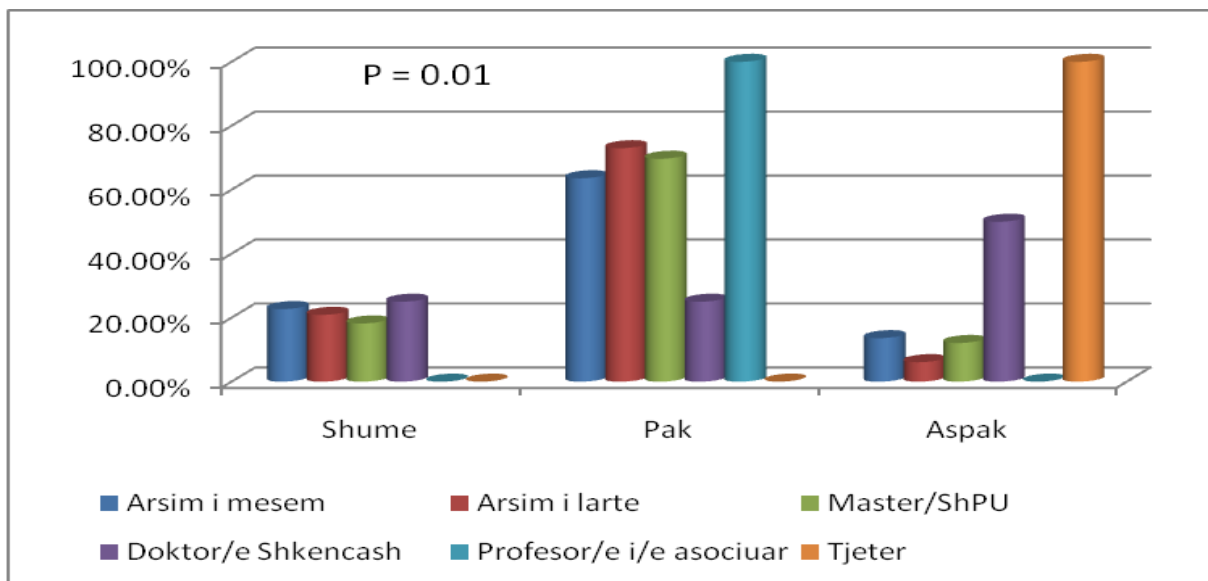
Sic shihet në grafikun 19, infermierët mendojnë më shumë se kancerit dhe kujdesit paliativ i është dhënë shumë rëndësi nga organizmat kompetente krahasuar me mjekët. (24% e infermierëve kundrejt 15% e mjekëve). Mjekët kishin zgjedhur opsionin ‘aspak’ rëndësi nga organizmat kompetentë 8% me shumë se infermierët, ku 13% e mjekëve kundrejt 5% të infermierëve e kishin zgjedhur këtë opsion. Rezultatet ishin statistikisht sinjifikative. ( $P = 0.019$ ). Nuk kishte dallime statistikisht sinjifikative për këtë çështje lidhur me specialitet e profesioneve të subjekteve. (Testi Hi-katror,  $P = 0.019$ )

**Grafiku 19. Konsiderimi i rëndësisë që i është dhënë Ca dhe KP sipas mjekëve dhe infermierëve.**



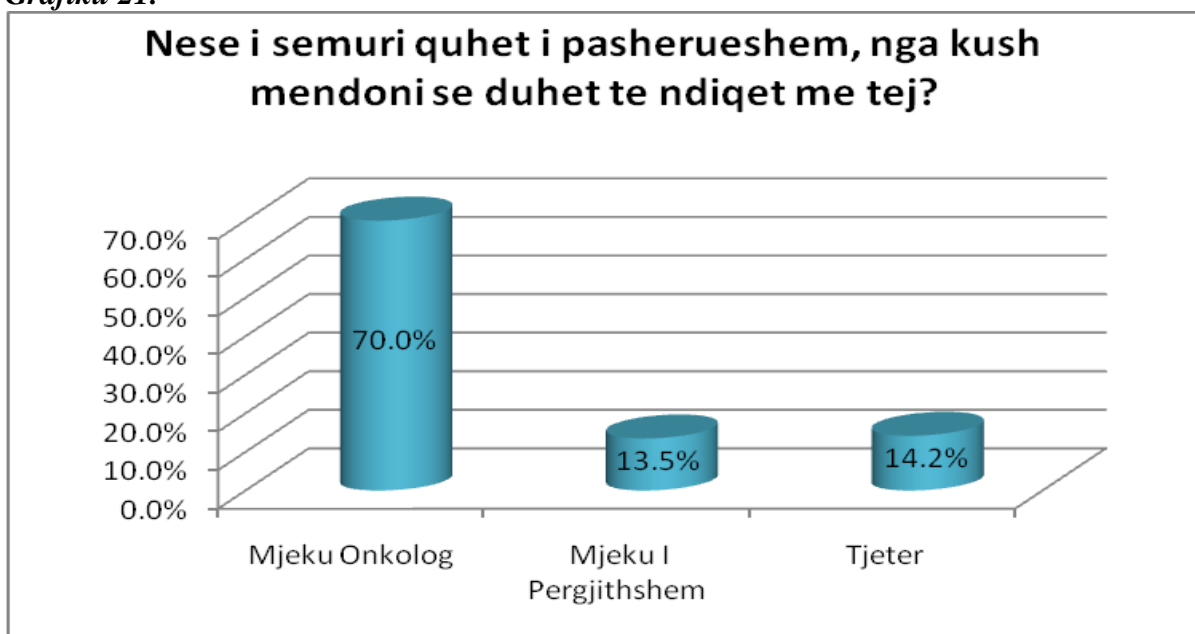
Shihet në grafikun 20 se subjektet me gradën profesor/i asociuar që kanë marrë pjesë në studim mendojnë se kanceri dhe kujdesi paliativ ka marrë pak rëndësi nga organizmat kompetente në 100% të tyre krahasuar me 60 - 70% të atyre me shkollë të mesme, të lartë dhe master. Ndërkohë që subjektet me nivel arsimimi tjetër nga klasifikimet mendojnë në 100% të tyre se kanceri dhe kujdesi paliativ nuk ka marrë aspak rëndësi. Gjithashtu, individët me gradën Doktor Shkencash mendojnë më shumë se ata me gradën Profesor, apo ata me arsim të mesëm, të lartë dhe master se kanceri dhe kujdesi paliativ nuk ka marrë aspak rëndësinë e duhur nga organizmat kompetente (50% krahasuar me 6 – 13%). Pra vihet re se opsionet pak dhe aspak janë zgjedhur më shumë nga individët me nivel më të lartë arsimimi. (Testi Hi-katror,  $P = 0.01$ )

**Grafiku 20. Konsiderimi i rëndësisë së dhënë Ca dhe KP sipas nivelit arsimor.**



Nga analiza e të dhënave të pasqyruara në *grafikun 21*, rezultoi se 187 nga subjektet në studim ose 70% e tyre mendojnë se kur i sëmuri quhet tashmë i pashërueshëm, duhet të ndiqet nga mjeku onkolog; 36 ose 13.5% mendojnë se ai duhet të ndiqet nga mjeku i përgjithshëm, dhe 38 ose 14.2% që duhet të ndiqet nga personel tjetër. Munguan të dhënat për 6 subjekte.

**Grafiku 21.**

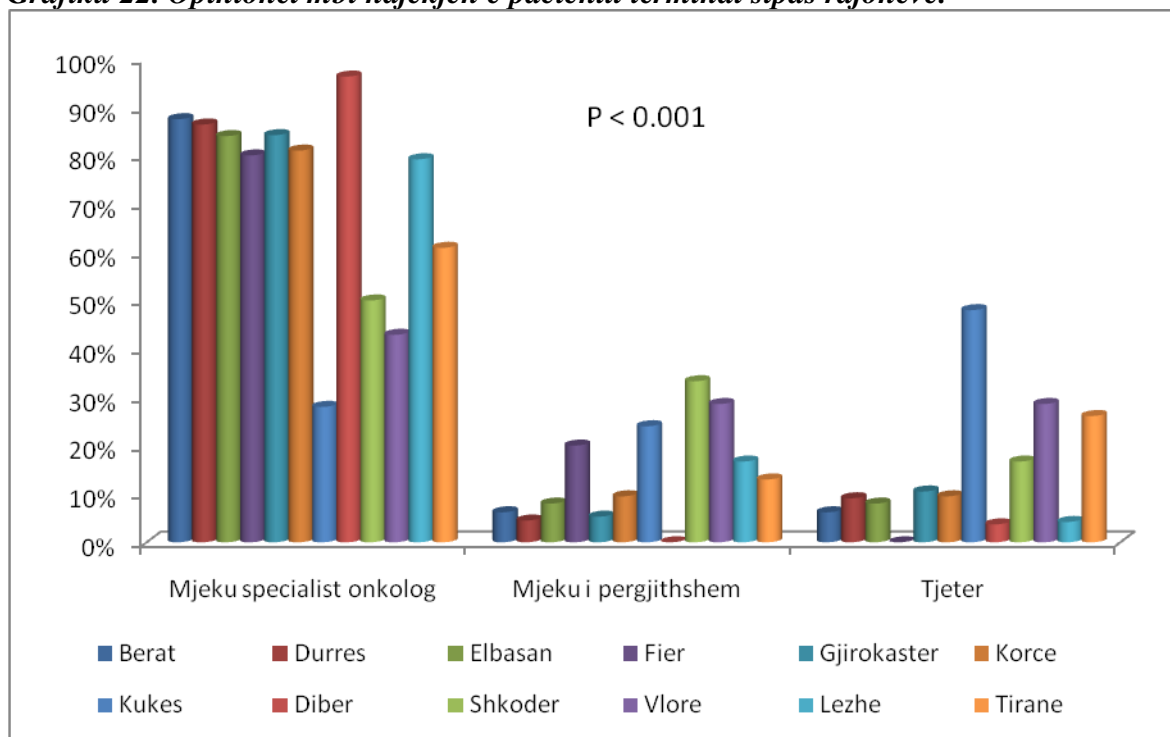


Nga analiza e shtresëzuar u konsatua se ekziston një lidhje statistikisht sinjifikative ( $P < 0.05$ ) ndërmjet opinioneve mbi profesionistët që duhet të ndjekin të sëmurin terminal dhe rajoneve nga vijnë pjesëmarrësit në studim, gjinisë dhe profesionit të tyre.



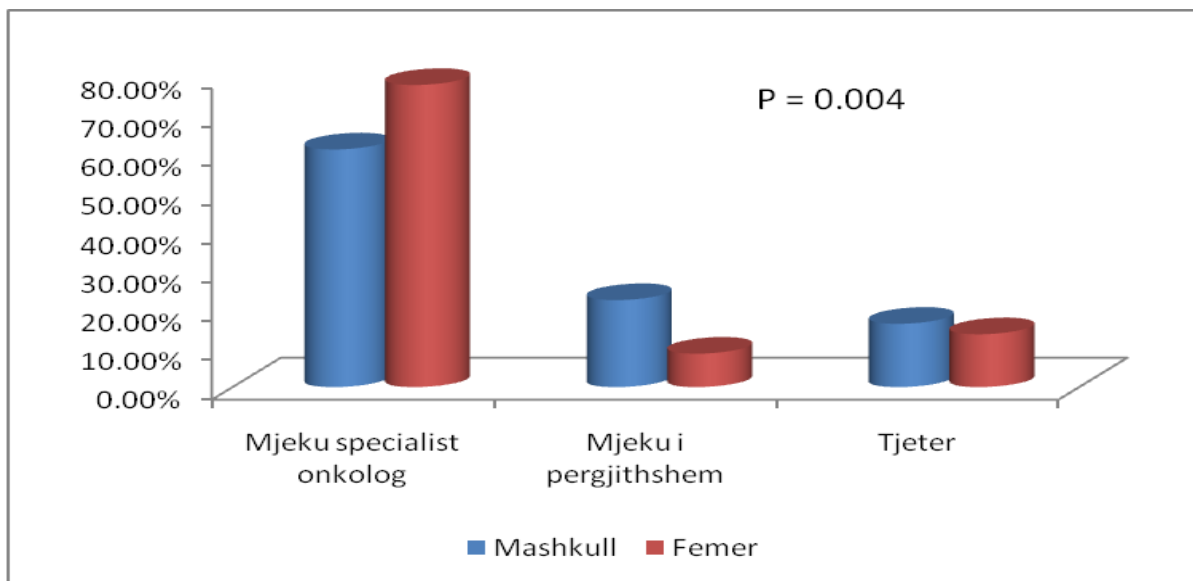
Sic tregohet edhe në grafikun 22, mjeku specialist onkolog është zgjedhur më shumë nga subjektet e rajonit të Dibrës (96.3%) dhe më pak nga rajoni i Kukësit (28%). 50% e subjekteve nga Shkodra kanë zgjedhur mjekun specialist onkolog dhe 42.9% e subjekteve nga Vlora. Pjesa më e madhe e subjekteve të rretheve të tjera 80 – 90% mendojnë se pacienti terminal duhet të ndiqet nga mjeku onkolog. Mjeku i përgjithshëm është zgjedhur më shumë në rajonin e Shkodrës (33.3%) dhe të Vlorës (28.6%), ndërkohë që asnjë nga subjektet e Dibres nuk e ka zgjedhur këtë opsion. ‘Mjek tjetër’ është opsioni i zgjedhur më shumë në Kukës (48%), ndërkohë që asnjë nga subjektet e Fierit nuk mendon se pacienti terminal duhet të ndiqet nga mjek tjetër, përveç onkologut ose mjekut të përgjithshëm. (Testi Hi-katror,  $P < 0.001$ )

**Grafiku 22. Opinionet mbi ndjekjen e pacientit terminal sipas rajoneve.**



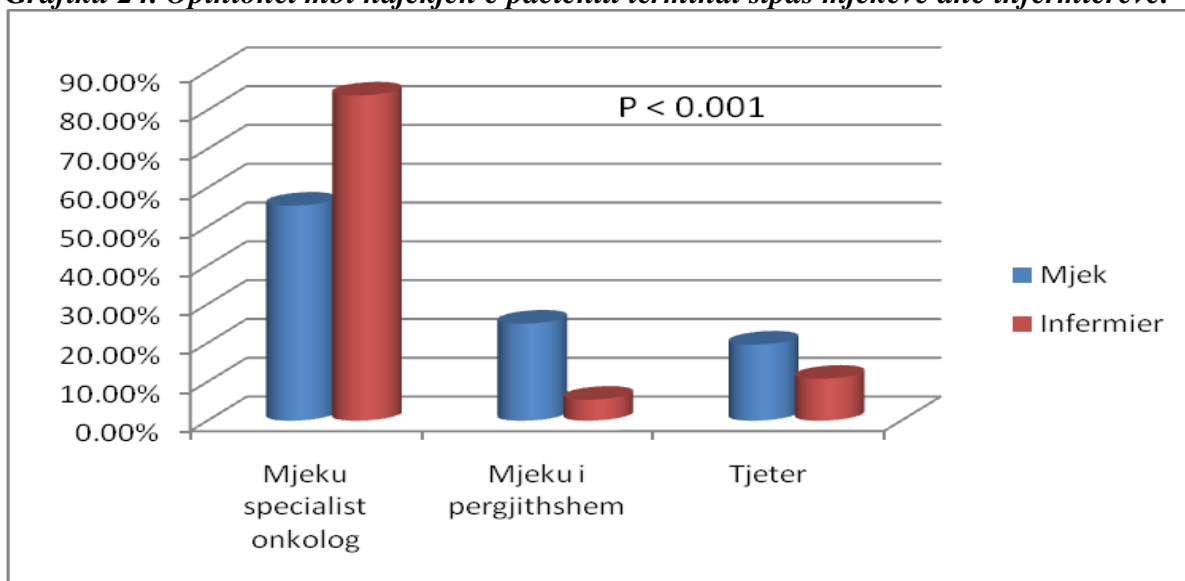
Rreth 78% e femrave në studim mendonin se i sëmurit terminal duhet të ndiqej nga mjeku onkolog, krahasuar me rreth 61% të meshkujve. Mjeku i përgjithshëm ishte alternativa e përzgjedhur nga rreth 22% e meshkujve, krahasuar me 9% të femrave. Mjek tjetër ishte alternativa e rreth 16% e meshkujve dhe 14% e femrave. Pra, alternativa e mjekut onkolog është zgjedhur më shumë nga femrat, ndërsa ajo e mjekut të përgjithshëm dhe mjekut tjetër është zgjedhur më shumë nga meshkujt. Diferencat janë statistikisht domethënëse. (testi Hi-katror,  $P = 0.004$ ). Grafiku në vijim tregon shpërndarjen e alternativave të përzgjedhura sipas gjinisë.

**Grafiku 23. Opinionet mbi ndjekjen e të sëmurit terminal sipas gjinisë.**



Sic tregohet edhe në grafikun 24, infermierët mendojnë më shumë sesa mjekët se i sëmuri terminal me kancer duhet të ndiqet nga mjeku specialist onkolog ( 83.8% e infermierëve krahasuar me 55,4% të mjekëve). Ndërkohë që opsionet e ‘mjekut të përgjithshëm’ dhe ‘mjekut tjetër’ janë zgjedhur më shumë nga mjekët. Kështu, 25% e mjekëve mendojnë se i sëmuri terminal duhet të ndiqet nga mjeku i përgjithshëm, krahasuar me 5.4% të infermierëve. Gjithashtu, 19.6% e mjekëve krahasuar me 10.8% të infermierëve mendojnë se i sëmuri terminal duhet të ndiqet nga një mjek tjetër, përveç atij onkolog dhe mjekut të përgjithshëm. Rezultatet janë statistikiisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P < 0.001$ ).

**Grafiku 24. Opinionet mbi ndjekjen e pacientit terminal sipas mjekëve dhe infermierëve.**



Analiza e shtresëzuar sipas specialitetit të profesionit tregoi se për ndjekjen e të sëmurit terminal nga mjeku specialist onkolog janë dakort pjesa më e madhe e infermierëve, e kryesuar nga infermierët e gjinekologjisë, 100% e të cilëve mendojnë se i sëmuri terminal duhet të ndiqet nga mjeku onkolog, më pas vijnë infermieret e tjerë. Përsa i përket mjekëve, janë mjekët interistë që e kanë zgjedhur më shumë opsionin e mjekut onkolog në ndjekjen e të sëmurit terminal (71.4% e tyre) të pasuar nga mjekët e tjerë (64.9%), dhe mjekët kirurgë (60%). Jo më shumë se 50% e mjekëve të specialiteteve të tjera e kanë zgjedhur këtë opsion. Mjeku i përgjithshëm është opsioni i zgjedhur më shumë nga mjekët pediatër (37.5% e tyre) dhe mjekët e urgjencës (35.7%).

Mjek tjetër (përvec mjekut onkolog dhe atij të përgjithshëm) është zgjedhur më shumë nga mjekët anestezistë (50% e tyre), i pasuar nga mjekët onkologë (35.7% e tyre).

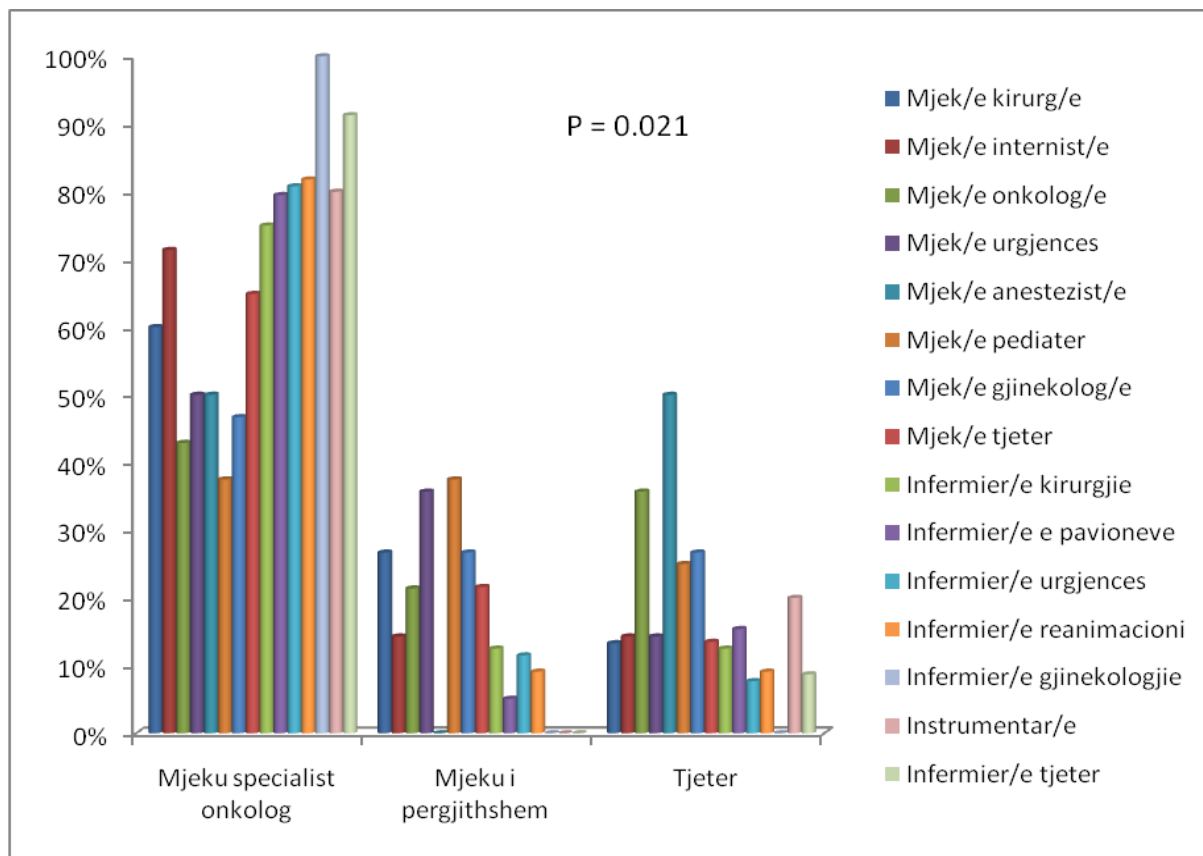
Opinionet e vetë mjekëve onkologë lidhur me specialistin që duhet të ndjekë të sëmurin terminal kanë këtë shpërndarje: 42.9% mendojnë se duhet të ndiqet nga mjeku specialist onkolog; 21.4% mendojnë se duhet të ndiqet nga mjeku i përgjithshëm; dhe 35.7% mendojnë se duhet të ndiqet nga mjek tjetër.

Rezultatet janë statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P = 0.021$ ).

Shpërndarja e opinionëve sipas specialiteteve tregohet në grafikun 25.

***Grafiku 25. Opinionet mbi ndjekjen e pacientit terminal sipas profesionit.***

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV



Sic pasqyrohet edhe në *grafikun 26*, 238 ose 89.1% e pjesëmarrësve në studim kanë raportuar se e dinë c'është mjekësia paliative; 3 ose 1.1% e tyre kanë raportuar se nuk e dinë; dhe 18 ose 6.7% kanë raportuar se nuk ishin të sigurt. Munguan të dhënat rreth kësaj pyetje në 8 pyetësorë.

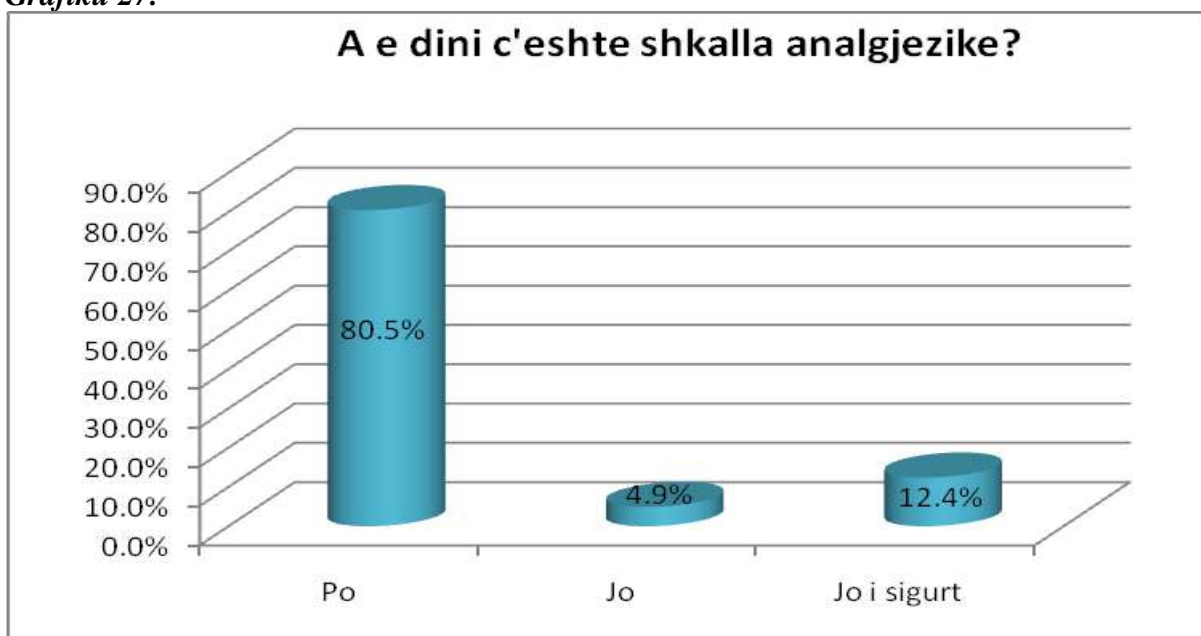
**Grafiku 26.**



Nga analiza e shtresëzuar nuk u konstatuan dallime statistikisht sinjifikative në nivelin e njohurive lidhur me kujdesin paliativ sipas rajoneve, gjinisë, profesionit, viteve të punës, apo arsimimit ( $P > 0.05$ ).

Të pyetur rreth shkallës analgjezike 215 subjekte ose 80.5% e tyre pohuan se e njihnin; 13 ose 4.9% pohuan se nuk e njihnin; dhe 33 ose 12.4% nuk ishin të sigurt. Munguan përgjigjet e 6 subjekteve. Përgjigjet janë paraqitur në *grafikun 27*.

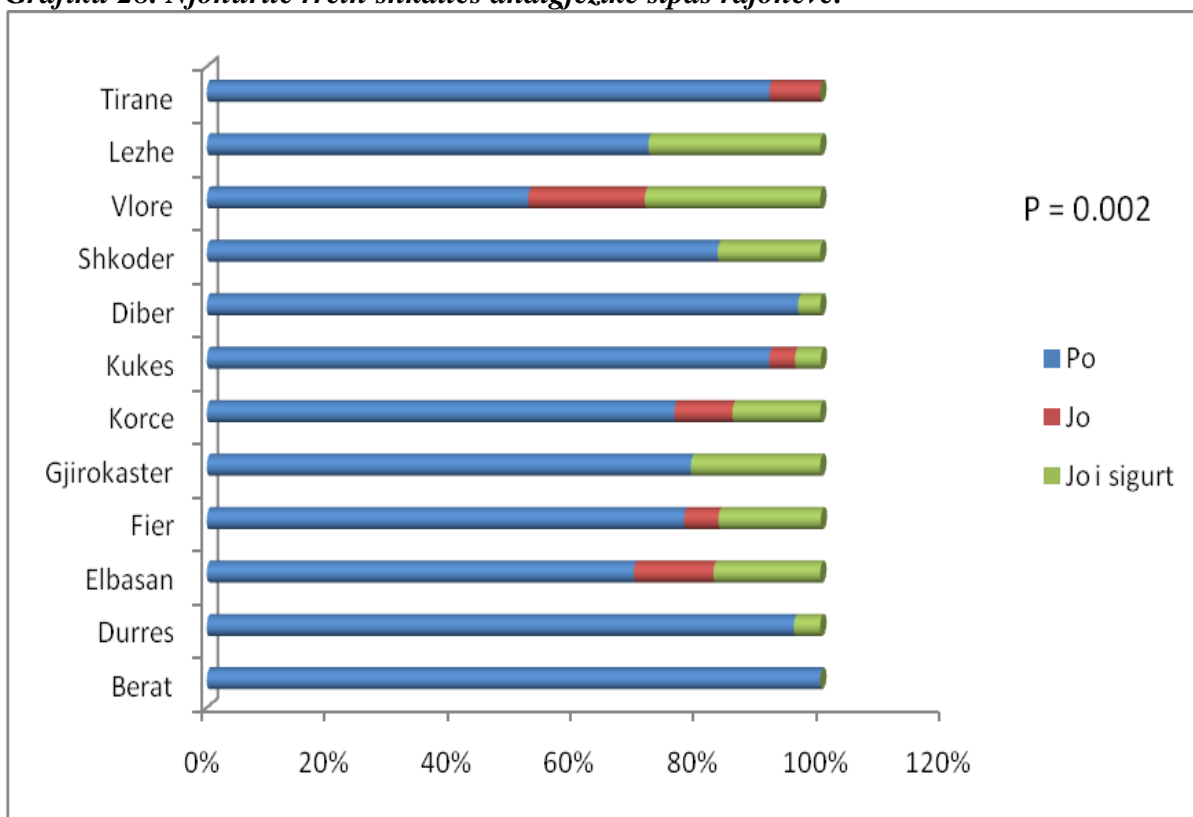
**Grafiku 27.**



Nga analiza e shtresëzuar u konstatua se njohuritë rreth shkallës analgjezike dallonin bazuar në rajonin dhe profesionin e pjesëmarrësve në studim dhe kjo ishte statistikisht domethënëse ( $P < 0.05$ ).

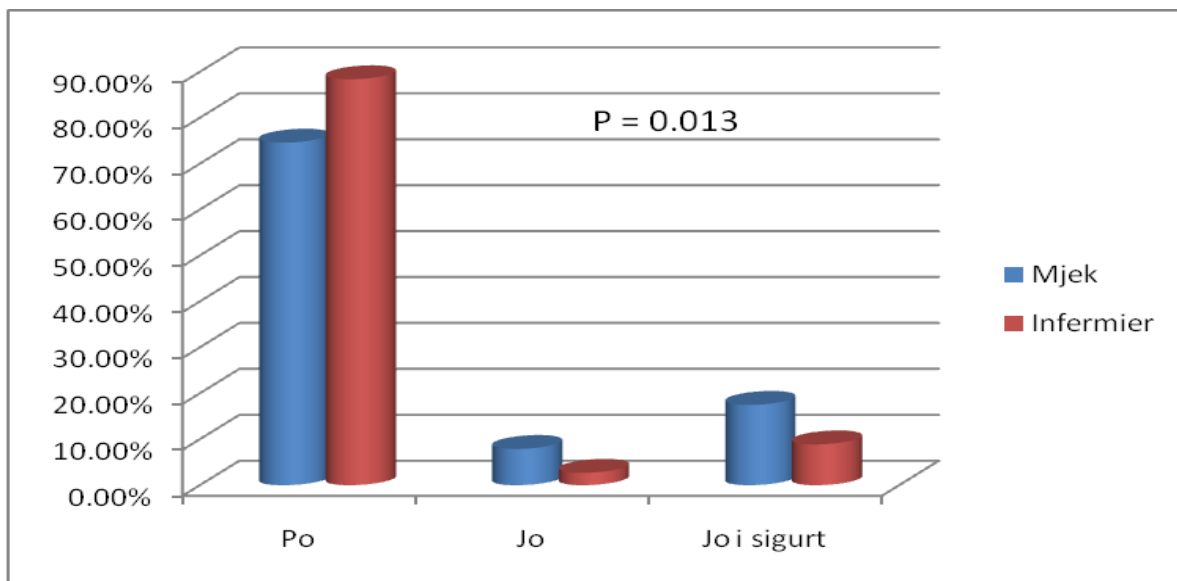
Sic tregohet në grafikun 28, njohuritë më të larta rreth shkallës analgjezike duket se janë në rajonin e Beratit, ku 100% e pjesëmarrësve kanë pohuar se kanë njohuri rreth shkallës analgjezike. Më pas vijon Dibra (96.4%), Durrësi (95.7%), Kukësi dhe Tirana (91.7%). Njohuritë rreth shkallës analgjezike janë më të ulta në rajonin e Vlorës, ku vetëm 52.4% e profesionistëve shëndetësorë pohuan se e njihnin atë. Rezultatet janë statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P = 0.002$ ).

**Grafiku 28. Njohuritë rreth shkallës analgjezike sipas rajoneve.**



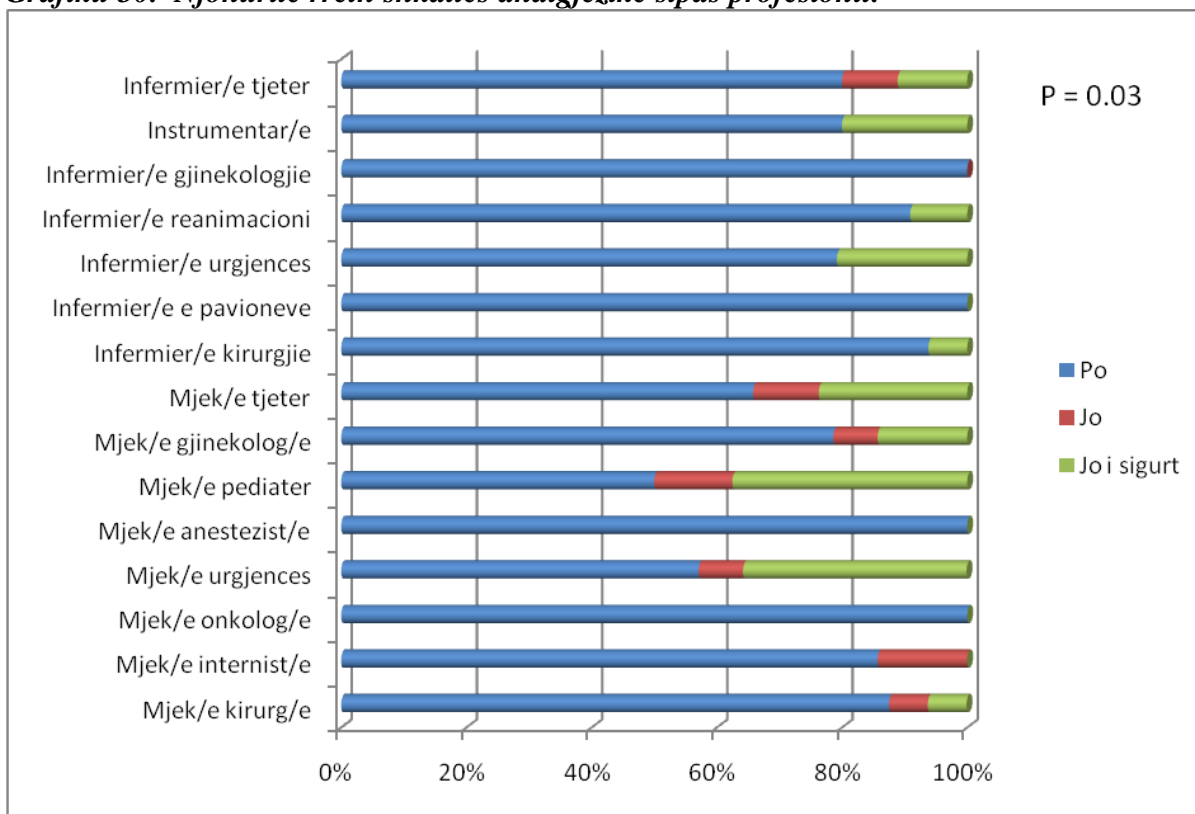
Në grafikun 29 duket se njohuritë rreth shkallës analgjezike janë më të larta tek infermierët sesa tek mjekët. Kështu, 88.4% e infermierëve kanë pohuar se e njohin shkallën analgjezike, krahasuar me 74.6% të mjekëve. Rezultatet janë statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P = 0.013$ ).

**Grafiku 29. Njohuritë rreth shkallës analgjezike të mjekëve dhe infermierëve**



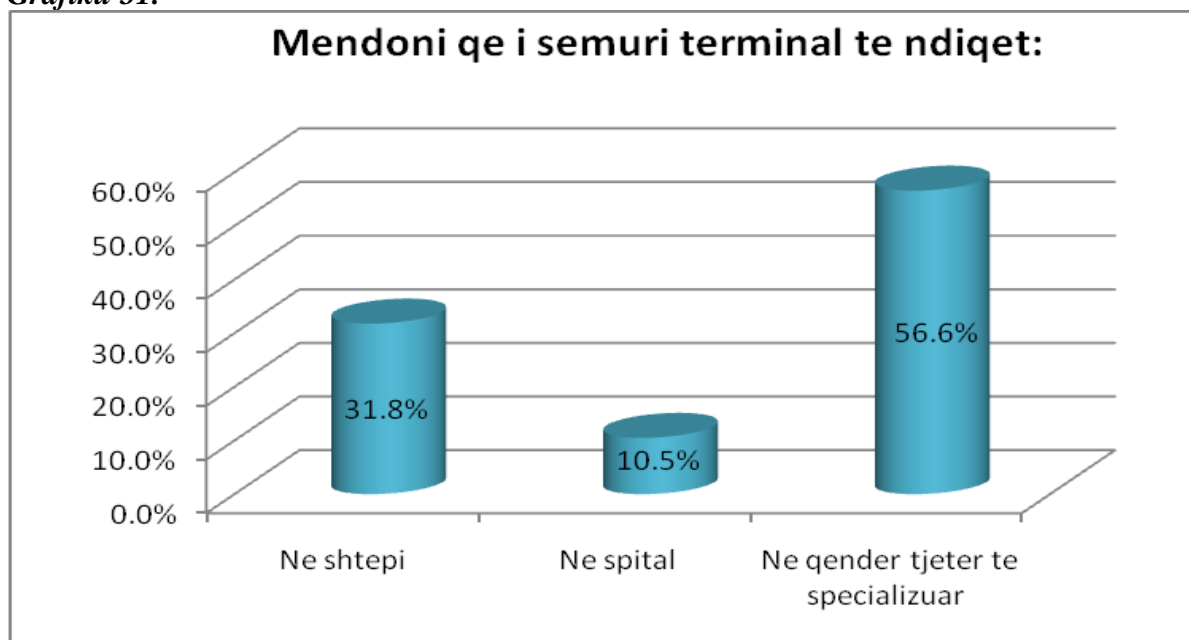
Në grafikun 30 tregohet se njohuria rreth shkallës analgjezike është më e lartë tek: mjekët onkologë (100%), mjekët anestezistë (100%), infermierët e pavioneve (100%), dhe infermierët e gjinekologjisë (100%). Më pak shkalla analgjezike njihet nga mjekët pediater (50%) dhe mjekët e urgjencës (57.1%). Rezultatet janë statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P = 0.034$ ).

**Grafiku 30. Njohuritë rreth shkallës analgjezike sipas profesionit.**



Profesionistët e stafit shëndetësor që morën pjesë në studim mendonin, në pjesën më të madhe të tyre (151 ose 56.6%), që i sëmuri terminal duhet të ndiqet në një qendër të specializuar; 85 ose 31.8% mendonin që i sëmuri terminal duhet të ndiqet në shtëpi; dhe 28 ose 10.5% mendojnë që i sëmuri terminal të ndiqet në spital.

**Grafiku 31.**



Opinionet lidhur me ambientin se ku duhet të ndiqet i sëmuri terminal variojnë në mënyrë statistikiisht domethënëse ( $P < 0.05$ ) bazuar në rajonin dhe profesionin e subjekteve në studim.

Në grafikun 32 pasqyrohen përqindjet e përgjigjeve për çdo alternativë sipas rajoneve. Shihet se Kukësi është rajoni ku 80% e pjesëmarrësve mendojnë se i sëmuri terminal duhet të qendrojë në shtëpi, duke patur kështu një diferencë të dukshme me rajonet e tjera, ku ky opsion është zgjedhur nga 20 – 40% e pjesëmarrësve. Dibra është rajoni që e ka zgjedhur më pak këtë opsion (11.1%).

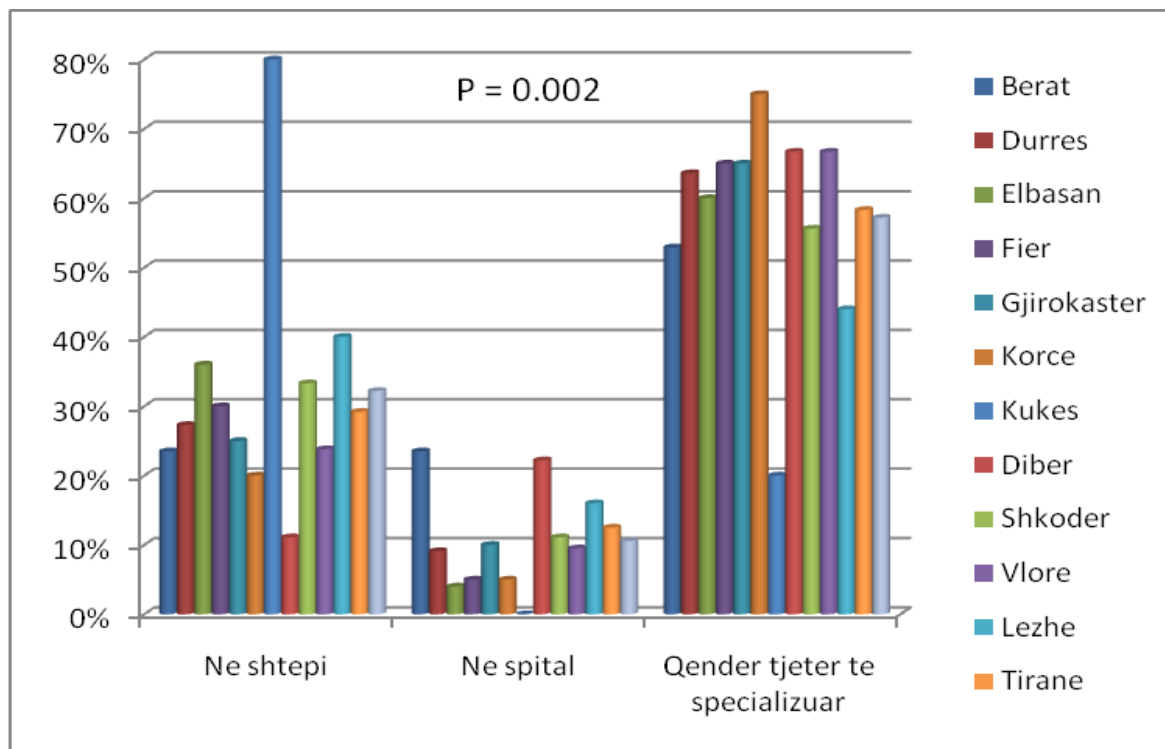
Qendrimi i të sëmurit terminal në spital është opsioni më pak i zgjedhur nga subjektet e të gjitha rajoneve. Ai është zgjedhur më shumë në rajonin e Beratit (23.5%) dhe Dibrës (22.2%) dhe më pak në atë të Kukësit (0%).

Qendrimi i të sëmurit terminal në qendër tjetër të specializuar është alternativa e përzgjedhur më shumë në të gjitha rajonet, me përjashtim të Kukësit. Më shumë ky opsion është zgjedhur në rajonin e Korcës (75%) dhe më pak në Kukës (20%).

Rezultatet janë statistikiisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P = 0.002$ ).

**Grafiku 32. Opinionet mbi ambientin e ndjekjes së të sëmurit terminal sipas rajoneve.**

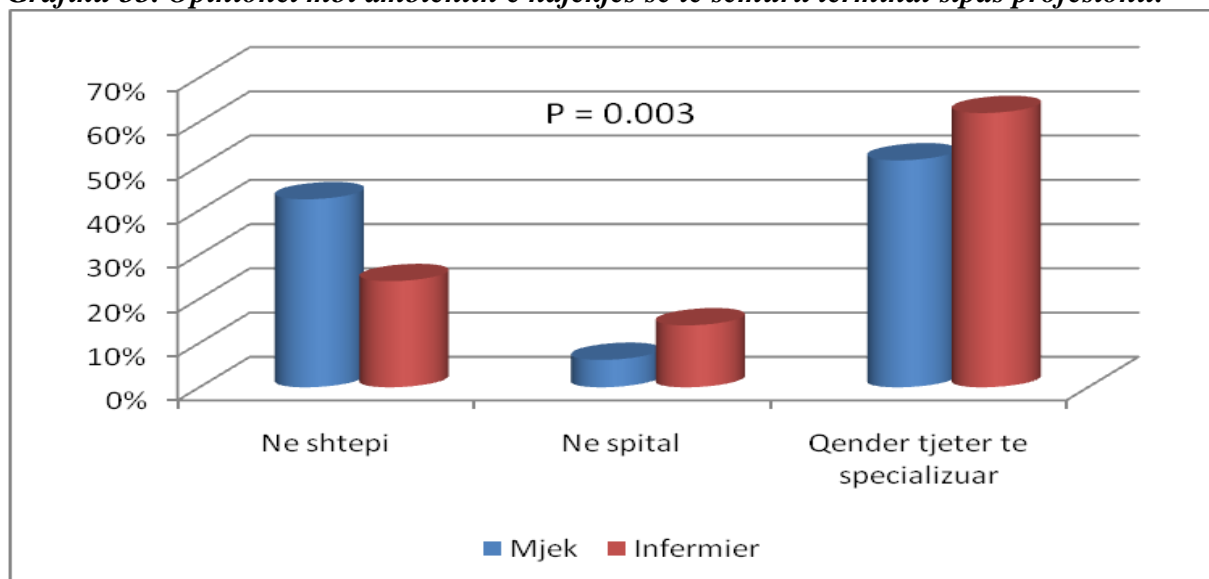




Shihet në grafikun 33 se më shumë mjekë se infermierë mendojnë se i sëmuri terminal duhet të ndiqet në shtëpi, përkatësisht 42.5% e mjekëve dhe 24% e infermierëve. Ndërkohë që vetëm 6.2% e mjekëve krahasuar me 14% të infermierëve mendojnë se i sëmuri terminal duhet të ndiqet në spital. Mendojnë se i sëmuri terminal duhet të ndiqet në qendër tjetër të specializuar 51.3% e mjekëve dhe 62% e infermierëve. Rezultatet janë statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P = 0.003$ ).

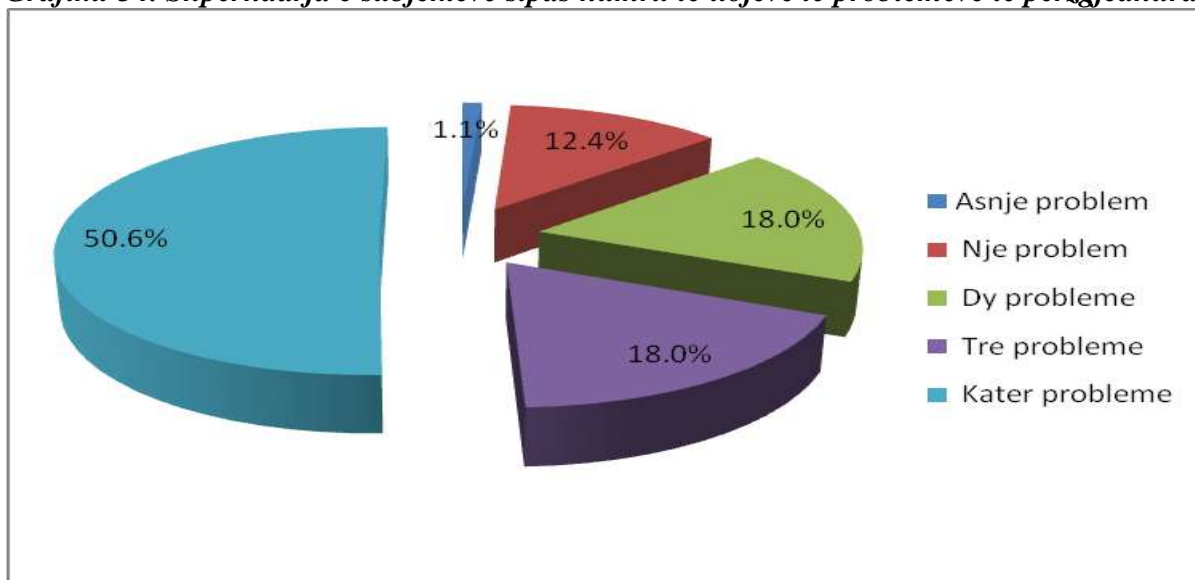
Nuk kishte diferenca statistikisht sinifikative ( $P < 0.05$ ) mes specialiteteve të mjekëve dhe infermierëve lidhur me këtë çështje.

**Grafiku 33. Opinionet mbi ambientin e ndjekjes së të sëmurit terminal sipas profesionit.**



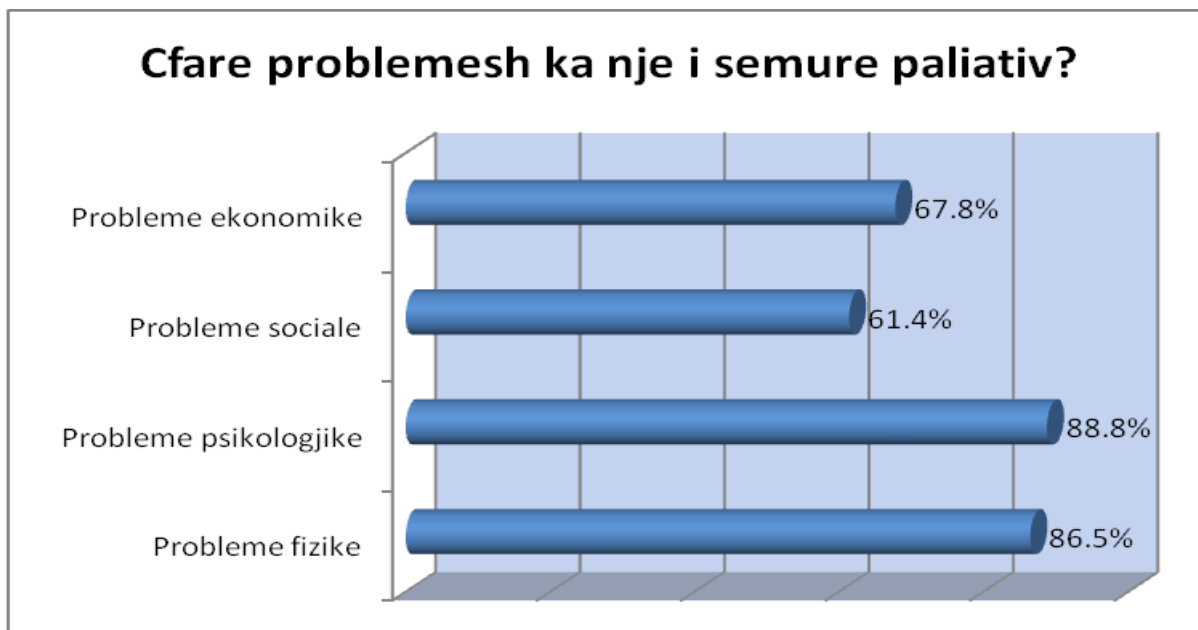
Të pyetur se çfarë problemesh ka një i sëmurë paliativ, ku renditeshin problemet fizike, psikologjike, sociale dhe ekonomike, dhe ku mund të zgjidhej më shumë se një alternativë, vetëm 50.6% e subjekteve i zgjodhën të katërt llojet e problemeve; 18% e tyre zgjodhën 3 nga 4 llojet e problemeve të të sëmurëve paliativ; 18% zgjodhën 2 probleme; 12.4% zgjodhën vetëm nga 1 problem; dhe 1.1% nuk zgjodhën asnjë nga katër llojet e problemeve. Shpërndarja e tyre paraqitet në grafikun 34.

**Grafiku 34. Shpërndarja e subjekteve sipas numrit të llojeve të problemeve të përzgjedhura.**



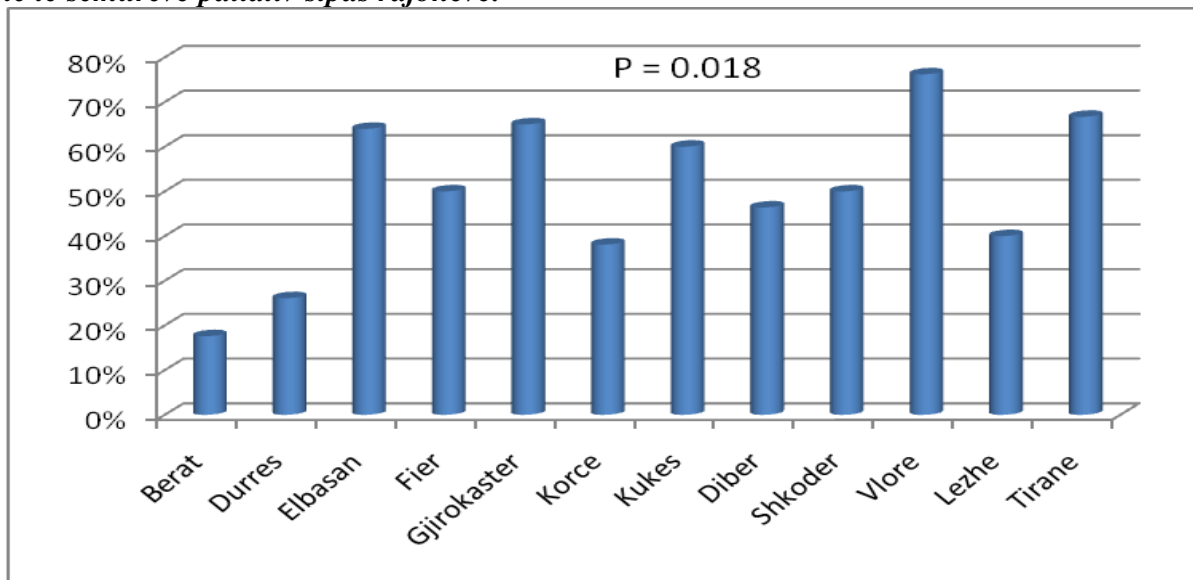
Në grafikun 35 tregohet se problemet fizike u përzgjedhën nga 231 ose 86.5% e subjekteve; problemet psikologjike u përzgjedhën nga 237 ose 88.8% e subjekteve; problemet sociale nga 164 ose 61.4%; dhe problemet ekonomike nga 181 ose 67.8% e subjekteve. Vihet re se problemet psikologjike dhe fizike të të sëmurëve paliativ janë më të njohura nga profesionistët shëndetësorë krahasuar me problemet sociale dhe ekonomike.

**Grafiku 35.**



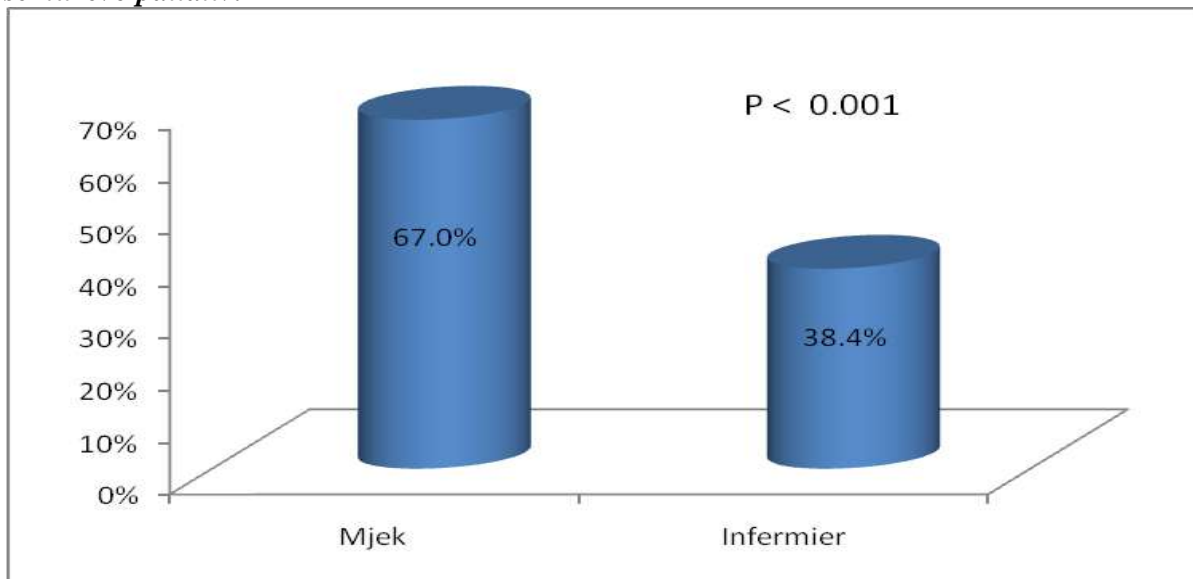
Nëpërmjet analizës së shtresëzuar u konstatua se ka lidhje statistikisht sinjifikative ndërmjet numrit të problemeve të përzgjedhura dhe rajoneve. Ashtu sic paraqitet edhe në grafikun 36, në vijim, të katërta llojet e problemeve me të cilat përballen të sëmurët paliativ janë zgjedhur më shumë nga subjektet në rajonin e Vlorës (76.2%), më pas Tiranës (66.7%), Gjirokastrës (65%), dhe Elbasanit (64%). Më pak janë përzgjedhur në rajonin e Beratit (17.6%) dhe të Durrësit (26.1%). Rezultatet janë statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katror,  $P = 0.018$ ).

**Grafiku 36.** Shpërndarja e subjekteve që i kanë përzgjedhur të katërta llojet e problemeve të të sëmurëve paliativ sipas rajoneve.



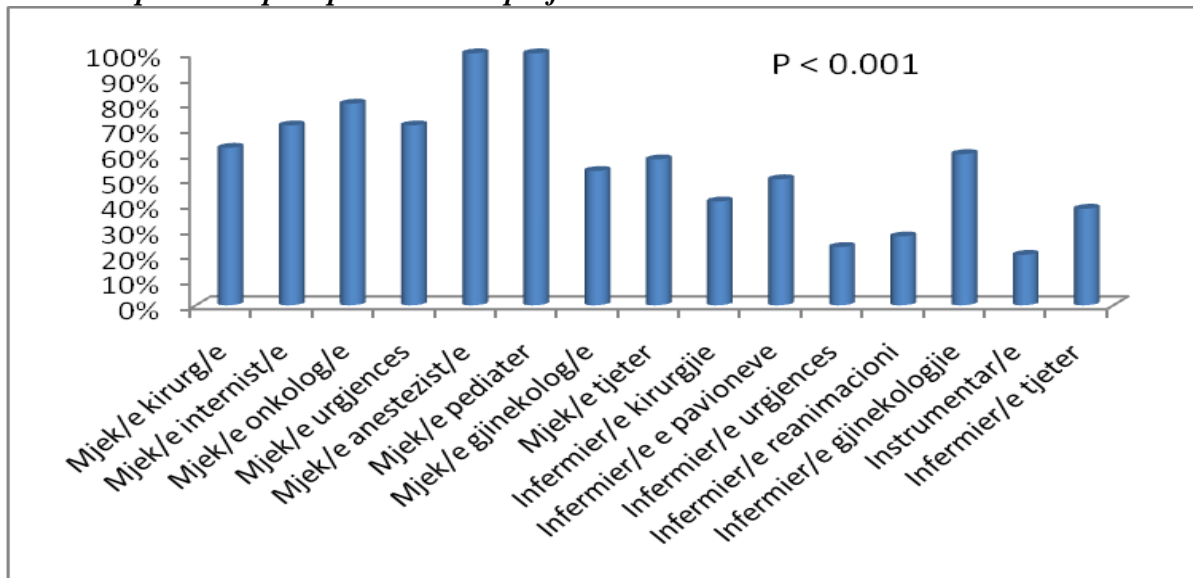
Diferencat në numrin e problemeve të përzgjedhura ishin statistikisht sinjifikative edhe sipas profesioneve të pjesëmarrësve në studim. Sic tregohet edhe në grafikun 37, mjekët i kanë përzgjedhur të katërt alternativat më shumë sesa infermierët, 67% e mjekëve krahasuar me 38.4% e infermierëve. (Testi Hi-katror,  $P < 0.001$ ).

**Grafiku 37. Mjekët dhe Infermierët që kanë përzgjedhur të katërt llojet e problemeve të të sëmurëve paliativ.**



Në grafikun 38 tregohet se të gjithë mjekët anestezistë dhe ata pediater i kanë zgjedhur të katër problemet me të cilat përballen të sëmurët paliativ. Ndërkohë që 80% e mjekëve onkologë i kanë zgjedhur të katërta problemet. Profesionistët që i kanë zgjedhur më pak të katërta problemet janë instrumentarët (20%), infermierët e urgjencës (23.1%) dhe infermierët e reanimacionit (27.3%). Rezultatet janë statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katror, P < 0.001).

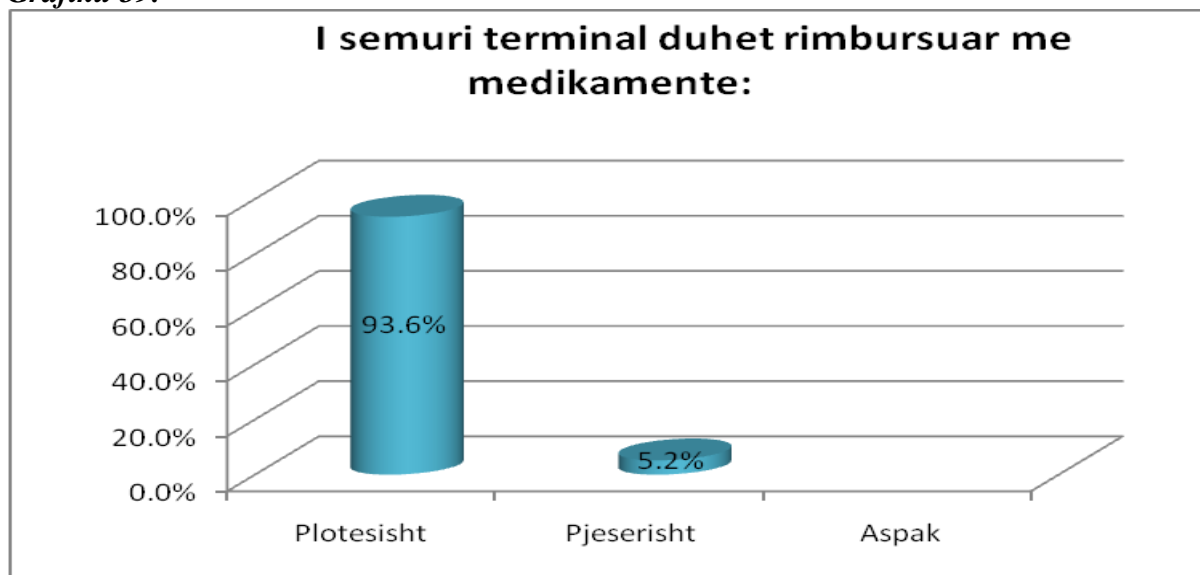
**Grafiku 38. Shpërndarja e subjekteve që i kanë zgjedhur të katërta llojet e problemeve të të sëmurëve paliativ sipas specialitetit të profesionit.**



Lidhur me rimbursimin e medikamenteve të të sëmurëve terminal 250 ose 93.6% e subjekteve pohuan se duhen rimbursuar plotësisht dhe 14 ose 5.2% pohuan se duhet të

rimburohen pjesërisht. Opsioni 'aspak' nuk u zgjidh nga asnjë subjekt. Munguan të dhënat për 3 subjekte. Në grafikun 39 pasqyrohet shpërndarja e rezultateve lidhur me këtë çështje.

**Grafiku 39.**

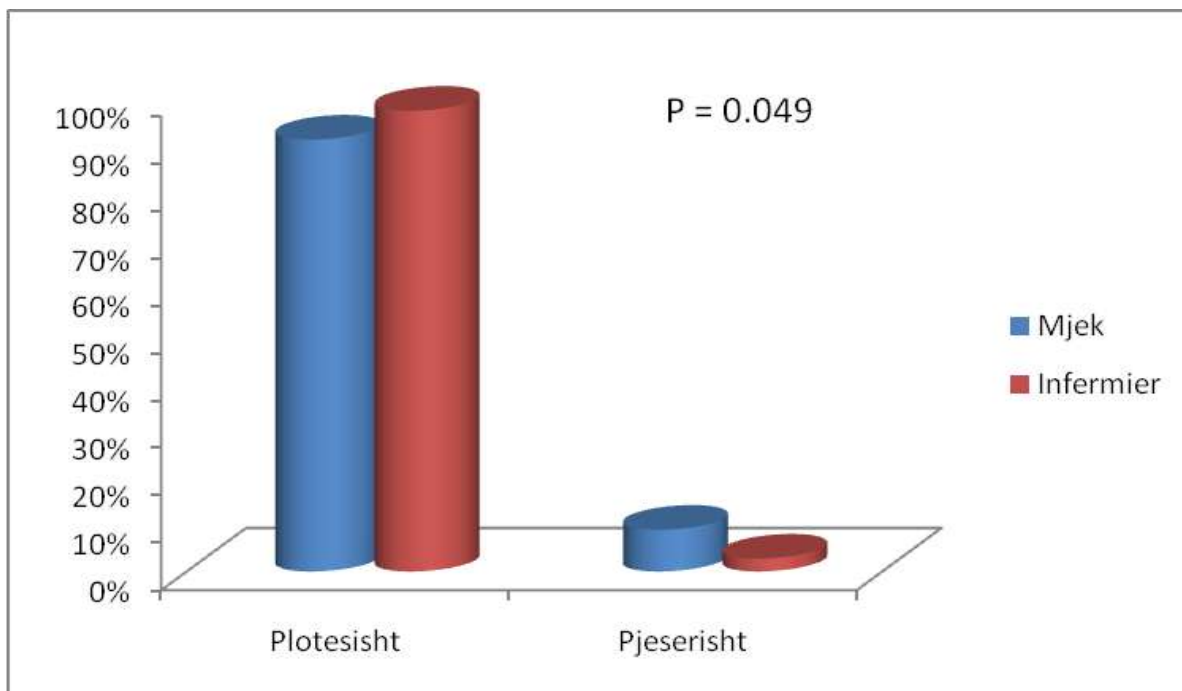


Lidhur me rimbursimin e medikamenteve të të sëmurit terminal u konstatuan diferenca statistikisht sinjifikative ( $P < 0.05$ ) vetëm bazuar në profesionin e pjesëmarrësve.

Sic tregohet edhe në grafikun 40, më shumë infermierë sesa mjekë mendojnë se medikamentet e të sëmurit terminal duhet të rimburohen plotësisht; konkretisht, 97.3% e infermierëve krahasuar me 91.2% e mjekëve. Pjesa tjetër mendojnë se duhet të rimburohen pjesërisht.

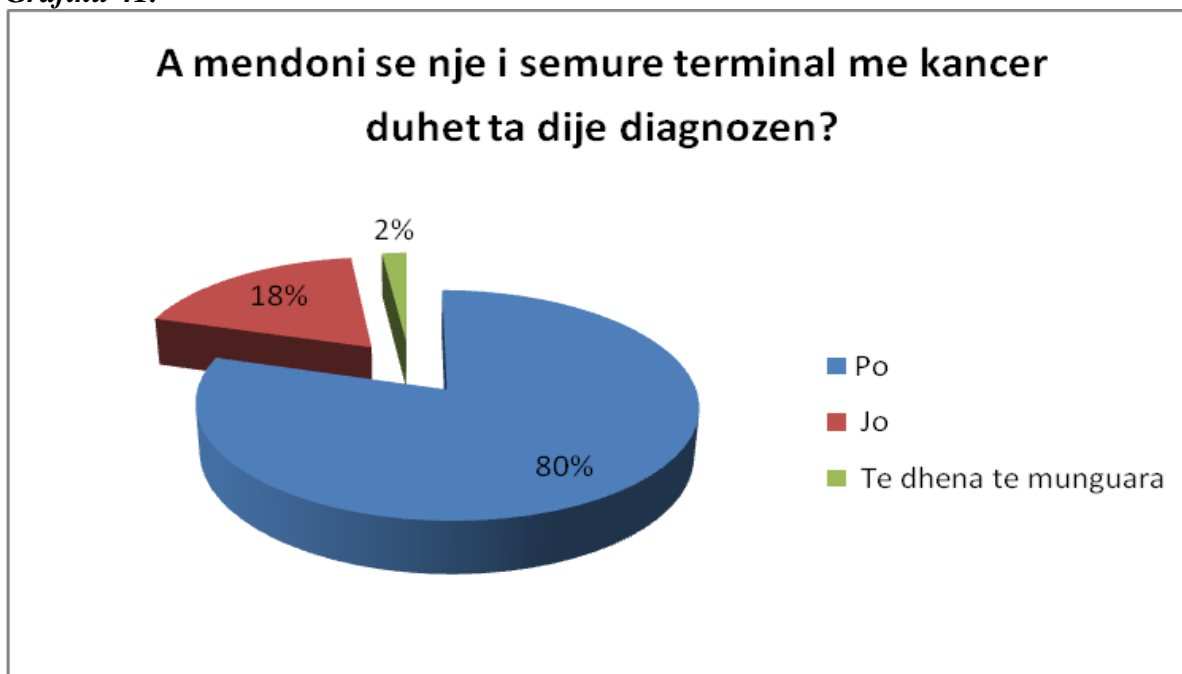
Rezultatet mund të konsiderohen statistikisht sinjifikative (Testi Hi-katro,  $P = 0.029$ ; Testi ekzakt i Fisher,  $P = 0.049$ ).

**Grafiku 40. Opinionet mbi rimbursimin e medikamenteve të të sëmurit terminal sipas mjekëve dhe infermierëve.**



Lidhur me informimin e pacientit rreth diagnozës së tij, në *grafikun 41* pasqyrohen qendrimet e subjekteve, ku 213 profesionistë shëndetësorë ose rreth 80% e tyre kanë pohuar se duhet ta dijë diagnozën; ndërkohë që 49 prej tyre ose rreth 18% kanë pohuar se nuk duhet ta dijë. Mungojnë të dhënat për 5 subjekte.

**Grafiku 41.**



Nga analiza e shtresëzuar nuk rezultoi asnjë diferencë statistikisht sinjifikative ( $P < 0.05$ ) bazuar në faktorët socio-demografikë dhe profesionalë lidhur me opinionet e subjekteve rreth informimit ose jo të të sëmurit me kancer për diagnozën e tij.

### III. Niveli i përgjithshëm i prevalencës së konsumimit profesional tek punonjësit e shëndetësisë.

Në tabelat në vijim është paraqitur shpërndarja e subjekteve, përkatësisht, sipas rezultatit mesatar të indikatorëve të përzgjedhur dhe sipas kategorive të indikatorëve të përdorur:

**Tabela 4. Shpërndarja e subjekteve sipas rezultatit mesatar të indikatorëve të përzgjedhur**

Statistikat	Llojet e indikatorëve		
	Rraskapitja Emocionale*	Depersonalizimi†	Përmbushja Personale††
Vlera mesatare	12.22	4.65	43.34
Deviacioni standard	8.97	4.51	4.95
Vlera minimale	0	0	20
Vlera maksimale	44	25	48

\* Mungojnë të dhënat për 10 subjekte. † Mungojnë të dhënat për 22 subjekte. †† Mungojnë të dhënat për 11 subjekte.

**Tabela 5. Shpërndarja e subjekteve sipas kategorive të indikatorëve të përdorur**

Variabli	Numri	Përqindja
<b>Rraskapitja Emocionale (RE)*</b>		
Nivel i ulët i RE ( $\leq 18$ pikë)	204	76.4
Nivel mesatar i RE (19-26 pikë)	32	12.0
Nivel i lartë i RE ( $\geq 27$ pikë)	21	7.9
<b>Depersonalizimi (DP)†</b>		
Nivel i ulët i DP ( $\leq 5$ pikë)	144	53.9
Nivel mesatar i DP (6-9 pikë)	74	27.7
Nivel i lartë i DP ( $\geq 10$ pikë)	27	10.1
<b>Përmbushja Personale (PP)††</b>		
Nivel i ulët i VP ( $\leq 33$ pikë)	12	4.5
Nivel mesatar i VP (34-39 pikë)	38	14.2
Nivel i lartë i VP ( $\geq 40$ pikë)	206	77.2

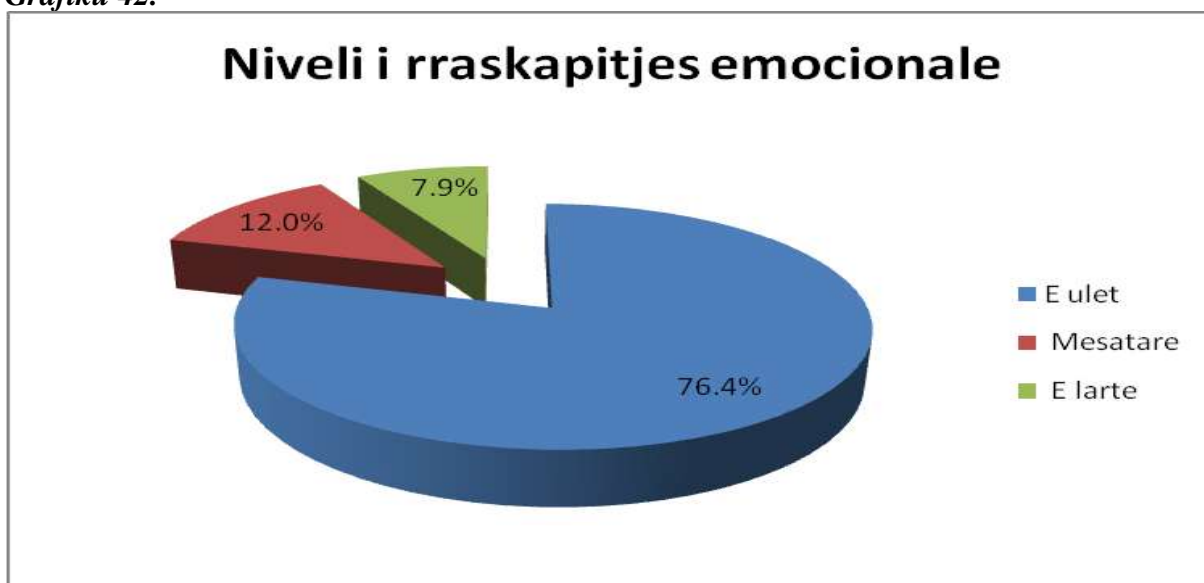
\* Mungojnë të dhënat për 10 subjekte. † Mungojnë të dhënat për 22 subjekte. †† Mungojnë të dhënat për 11 subjekte.

Grafikët në vijim paraqesin nivelin e konsumimit profesional të pjesëmarrësve për secilën shkallë dhe nënshkallë të sindromit të konsumimit.

*Rraskapitja Emocionale:*

*Grafiku 42* tregon shpërndarjen e subjekteve sipas kategorive të rraskapitjes emocionale, ku 76.4% e pjesëmarrësve raportojnë një nivel të ulët të rraskapitjes emocionale, 12% raportojnë një nivel të mesëm dhe 7.9% nivel të lartë.

**Grafiku 42.**

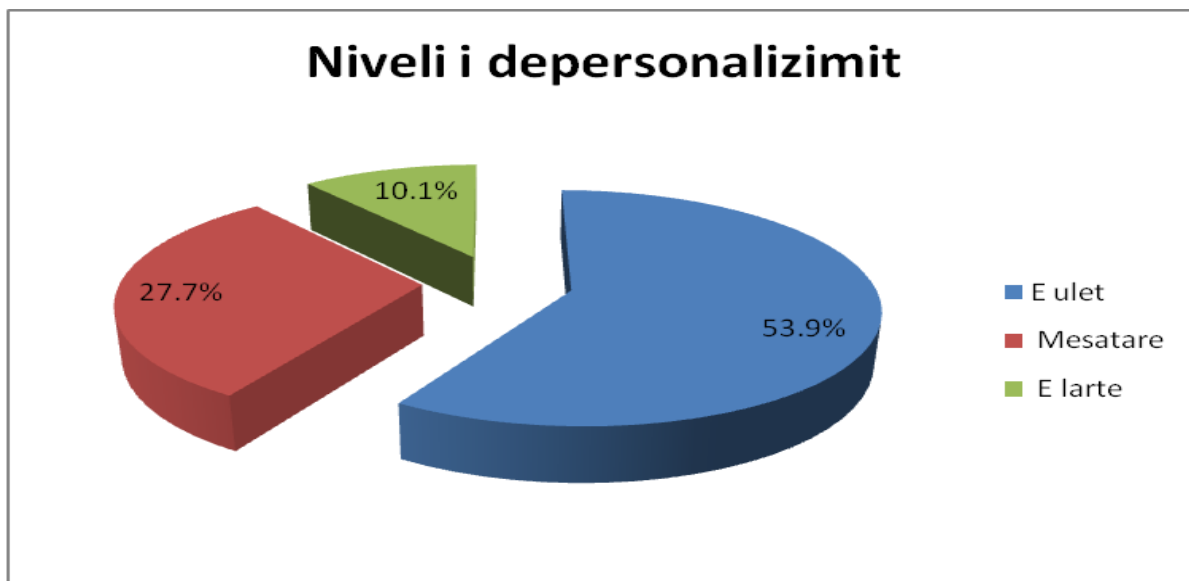


*Depersonalizimi:*

*Grafiku 43* paraqet shpërndarjen e subjekteve sipas kategorive të depersonalizimit, ku 53.9% e pjesëmarrësve raportojnë një nivel të ulët, 27.7% raportojnë nivel të mesëm dhe 10.1% raportojnë nivel të lartë të depersonalizimit.

**Grafiku 43.**

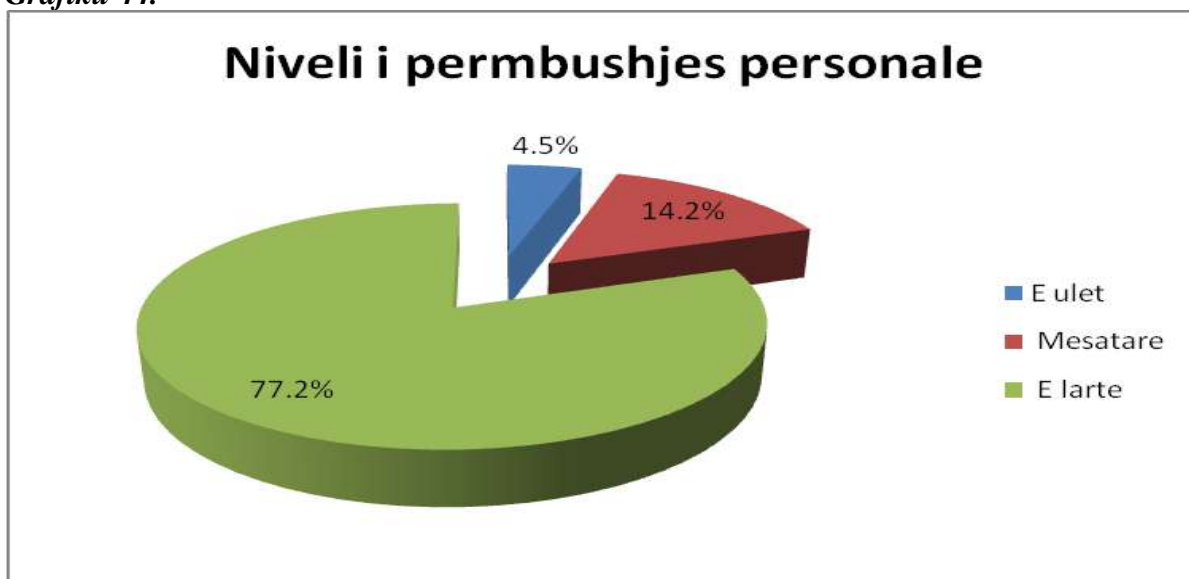




*Përbushja Personale:*

Grafiku 44 tregon shpërndarjen e subjekteve sipas kategorive të përbushjes personale, sipas të cilit 4.5% e pjesëmarrësve raportojnë një nivel të ulët të përbushjes personale, 14.2% një nivel të mesëm dhe 77.2% një nivel të lartë.

*Grafiku 44.*



#### IV. Prevalenca e konsumimit profesional sipas variablave socio-demografikë dhe profesionalë të profesionistëve të shëndetësisë

**Tabela 6. Prevalenca e rraskapitjes emocionale, depersonalizimit dhe përbushjes personale sipas gjinisë**

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Variabli	Rraskapitja Emocionale*			Depersonalizimi†			Përmbushja Personale††		
	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P
<b>Gjinia</b>									
Femër	158	11.0 (8.3)	<u>0.006</u>	154	4.3 (4.1)	0.072	160	43.8 (4.9)	0.063
Mashkull	98	14.2 (9.7)		90	5.3 (5.1)		95	42.6 (5.0)	

\* Mungojnë të dhënat për 11 subjekte. † Mungojnë të dhënat për 23 subjekte. †† Mungojnë të dhënat për 12 subjekte.

Vlera e P (sinjifikancës statistikore) sipas testit të studentit për dy kampione të pavarura

Nga tabela vërejmë se rraskapitja emocionale është më e lartë tek meshkujt krahasuar me femrat dhe kjo është statistikisht sinjifikative ( $P < 0.05$ ). Ndërkohë që edhe depersonalizimi është më i lartë tek meshkujt, por kjo nuk është statistikisht sinjifikative ( $P > 0.05$ ). Gjithashtu, përmbushja personale është më e ulët tek meshkujt, por edhe kjo nuk është statistikisht sinjifikative.

**Tabela 7. Prevalenca e rraskapitjes emocionale, depersonalizimit dhe përmbushjes personale sipas grupmoshës**

Variabli	Rraskapitja Emocionale*			Depersonalizimi†			Përmbushja Personale††		
	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P
<b>Grupmosha</b>									
≤ 29 vjeç	49	10.5 (8.5)	0.093	46	4.2 (4.9)	0.838	48	43.8 (4.3)	0.620
30-39 vjeç	61	11.6 (9.4)		61	4.7 (4.6)		62	43.2 (5.4)	
40-49 vjeç	80	11.4 (8.1)		77	4.6 (4.3)		79	43.8 (5.0)	
50-59 vjeç	49	15.1 (9.7)		46	4.9 (3.8)		49	42.7 (5.2)	
≥ 60 vjeç	5	13.0 (5.6)		3	2.3 (1.5)		6	41.5 (4.3)	

\* Mungojnë të dhënat për 23 subjekte. † Mungojnë të dhënat për 34 subjekte. †† Mungojnë të dhënat për 23 subjekte.

Vlera e P (sinjifikancës statistikore) sipas testit one-ëay ANOVA për krahasimin e vlerave mesatare midis më shumë se dy grupeve të pavarura.

Vërehet se rraskapitja emocionale dhe depersonalizimi janë më të larta në grupmoshën 50 – 59 vjec, por megjithatë kjo nuk është statistikisht sinjifikative ( $P > 0.05$ ). Përmbushja personale është më e ulët tek grupmosha 60 vjec e lartë, e më pas tek ajo 50 – 59 vjec, por kjo nuk është sërish statistikisht sinjifikative.

**Tabela 8. Prevalenca e rraskapitjes emocionale, depersonalizimit dhe përmbushjes personale sipas rajonit**

Variabli	Rraskapitja Emocionale*			Depersonalizimi†			Përmbushja Personale††		
	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P
<b>Rajoni</b>									

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Berat	16	12.4 (8.8)		16	3.8 (3.1)		17	45.4 (3.2)	
Durrës	20	10.8 (9.7)	<u>0.006</u>	18	3.9 (4.1)	<u>0.029</u>	21	44.3 (4.7)	<u>0.001</u>
Elbasan	25	8.7 (7.5)		24	2.8 (2.8)		24	45.4 (3.5)	
Fier	20	18.1 (11.3)		19	7.9 (6.7)		19	41.3 (7.4)	
Gjirokaster	20	8.2 (6.8)		18	3.3 (3.5)		20	45.8 (3.7)	
Korçë	21	9.9 (5.2)		20	4.2 (3.5)		21	43.1 (4.6)	
Kukës	24	14.3 (8.4)		24	3.8 (3.6)		25	41.6 (4.5)	
Dibër	28	10.7 (9.3)		28	5.1 (5.7)		28	44.7 (4.6)	
Shkodër	16	13.3 (11.4)		15	5.2 (3.5)		16	40.9 (5.8)	
Vlorë	20	16.5 (8.8)		18	5.1 (4.9)		20	43.0 (4.1)	
Lezhë	23	12.0 (7.3)		22	4.6 (4.4)		21	40.7 (5.7)	
Tiranë	24	13.2 (9.1)		23	6.2 (4.8)		24	43.2 (4.1)	

\* Mungojnë të dhënat për 10 subjekte. † Mungojnë të dhënat për 22 subjekte. †† Mungojnë të dhënat për 11 subjekte.

Vlera e P (sinjifikancës statistikore) sipas testit one-ëay ANOVA për krahasimin e vlerave mesatare midis më shumë se dy grupeve të pavarura.

Nga tabela vërejmë se rraskapitja emocionale është më e lartë në qytetin e Fierit, e pasuar nga Vlora, Kukësi, Shkodra, Tirana, Berati, Lezha, e në vijim Durrësi, Dibra, Korça, Elbasani dhe Gjirokastra. Ky rezultat është statistikisht sinjifikativ ( $P < 0.05$ ). Diferenca e mesatareve të rraskapitjes emocionale është më e lartë mes qytetit të Fierit dhe atij të Gjirokastrës dhe Elbasanit. Këto janë edhe diferencat që sipas testit Post Hoc janë statistikisht sinjifikative ( $P < 0.05$ ).

Depersonalizimi është sërish më i lartë në qytetin e Fierit, i pasuar nga Tirana, Shkodra, Vlora e Dibra, Lezha, Korça, e më pas Durrësi, Berati e Kukësi, Gjirokastra dhe Elbasani. Ky rezultat është statistikisht sinjifikativ ( $P < 0.05$ ). Diferenca më e lartë është mes qytetit të Fierit dhe atij të Elbasanit, e cila sipas testit Post Hoc është edhe diferenca statistikisht sinjifikative ( $P < 0.05$ ).

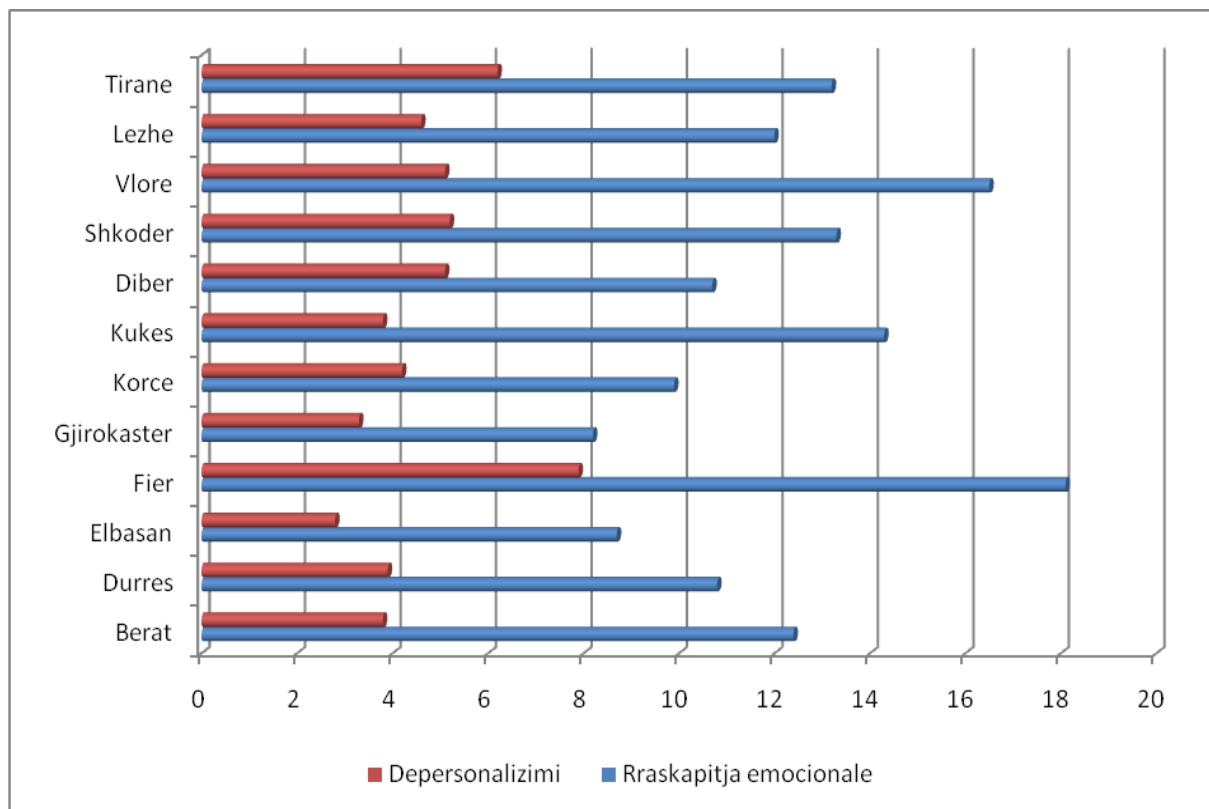
Përmbushja personale është më e ulët në Lezhë, e pasuar nga Shkodra, Fieri, Kukësi, Vlora, Korça, Tirana, Durrësi, Dibra, e më pas Berati dhe Elbasani, e në fund Gjirokastra. Diferencat janë statistikisht sinjifikative ( $P < 0.05$ ). Diferencat sinjifikative nga ana statistikore janë mes Lezhës dhe Elbasanit ( $P < 0.05$ ) dhe mes Lezhës dhe Gjirokastrës ( $P < 0.05$ ).

Nga sa më sipër duket se Elbasani dhe Gjirokastra janë qytetet ku konsumimi profesional i stafit mjekësor është më i ulët. Ndërkohë që Fieri është qyteti me rraskapitjen emocionale dhe depersonalizimin më të lartë nga ana e stafit mjekësor.

Në *grafikun 45* pasqyrohet shpërndarja e mesatareve të rraskapitjes emocionale dhe depersonalizimit sipas rajoneve.

**Grafiku 45.**

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV



**Tabela 9. Prevalenca e rraskapitjes emocionale, depersonalizimit dhe përbushjes personale sipas statusit social**

Variabli	Rraskapitja Emocionale*			Depersonalizimi†			Përbushja Personale††		
	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P
<b>Statusi social</b>									
Martuar	201	12.4 (9.3)		192	4.9 (4.7)		200	43.3 (5.0)	
Divorcuar	3	6.3 (10.1)	0.670	3	4.7 (3.2)	0.683	3	45.7 (2.5)	0.539
Beqar	38	11.6 (7.5)		36	4.0 (3.7)		38	42.8 (4.3)	
I/e ve	4	12.5 (8.6)		4	3.3 (3.2)		4	45.8 (3.9)	

\* Mungojnë të dhënat për 21 subjekte. † Mungojnë të dhënat për 32 subjekte. †† Mungojnë të dhënat për 22 subjekte.

Vlera e P (sinjifikancës statistikore) sipas testit one-ëay ANOVA për krahasimin e vlerave mesatare midis më shumë se dy grupeve të pavarura.

Bazuar në të dhënat e tabelës rezulton se diferencat në mesataret e rraskapitjes emocionale, depersonalizimit dhe përbushjes personale sipas statuseve sociale nuk janë statistikisht sinjifikative ( $P > 0.05$ ).

**Tabela 10. Prevalenca e rraskapitjes emocionale, depersonalizimit dhe përbushjes personale sipas profesionit**

Variabli	Rraskapitja Emocionale*			Depersonalizimi†			Përbushja Personale††		
	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P
<b>Profesioni</b>									
Mjek	110	14.9 (9.2)	<0.01	103	5.1 (4.6)	0.199	108	42.7 (4.8)	0.06
Infermier	146	10.3 (8.3)		141	4.4 (4.4)		147	43.8 (5.0)	
<b>Profesioni</b>									
Mjek kirurg	16	14.4 (10.7)		14	4.9 (2.9)		15	39.9 (6.2)	
Mjek internist	7	11.6 (4.2)	<u>0.002</u>	6	3.3 (2.8)	0.158	7	45.0 (2.7)	0.067
Mjek onkolog	15	16.8 (9.9)		15	7.2 (5.8)		14	41.5 (4.3)	
Mjek urgjences	12	16.3 (11.3)		12	5.6 (5.3)		11	41.2 (4.6)	
Mjek anestezi	2	16.5 (0.7)		2	3.5 (2.1)		2	45.5 (2.1)	
Mjek pediater	8	20.8 (8.3)		7	6.0 (3.4)		8	42.9 (3.1)	
Mjek gjinekolog	13	12.8 (5.5)		12	3.3 (2.6)		15	43.1 (5.8)	
Mjek tjetër	37	13.8 (9.5)		35	4.9 (5.4)		36	43.8 (4.2)	
Inf. Kirurgjie	16	12.8 (7.0)		14	4.5 (3.2)		16	44.9 (4.5)	
Inf. Pavioni	39	11.2 (9.3)		38	4.5 (4.3)		39	43.3 (6.2)	
Inf. Urgjence	26	13.0 (10.5)		24	6.7 (5.7)		25	41.7 (4.7)	
Inf. reanimacion	9	11.7 (7.4)		9	2.1 (2.5)		10	44.3 (5.1)	
Inf. gjinekologjie	5	7.4 (6.4)		5	4.0 (3.8)		5	45.4 (3.1)	
Instrumentar/e	5	7.6 (4.4)		5	3.0 (4.1)		5	43.6 (3.7)	
Inf. Tjetër	46	7.4 (6.2)		46	3.6 (4.1)		47	44.8 (4.3)	

\* Mungojnë të dhënat për 11 subjekte. † Mungojnë të dhënat për 23 subjekte. †† Mungojnë të dhënat për 12 subjekte.

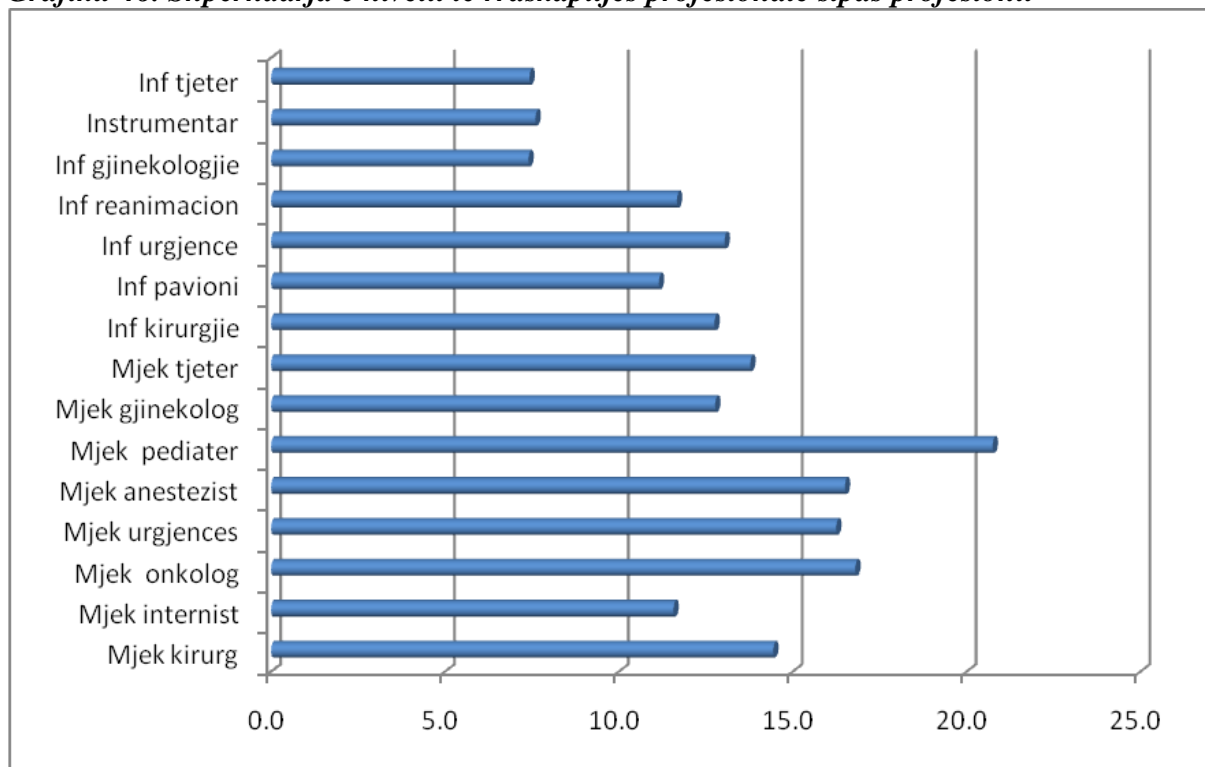
Vlera e P (sinjifikancës statistikore) sipas testit one-ëay ANOVA për krahasimin e vlerave mesatare midis më shumë se dy grupeve të pavarura.

Nga tabela vërehet se rraskapitja emocionale është më e lartë tek mjekët sesa tek infermierët dhe kjo është statistikisht domethënëse ( $P < 0.05$ ). Mjekët pediater kanë rraskapitje më të lartë emocionale, e ndjekur nga mjekët onkologë, mjekët anestezi, mjekët e urgjencës, mjekët kirurgë, e më pas mjekët dhe infermierët e tjerë. Shpërndarja e nivelit të rraskapitjes profesionale sipas profesionit paraqitet në *grafikun 46*.

Depersonalizimi është sërish më i lartë tek mjekët krahasuar me infermierët dhe kryesisht tek mjekët onkologë, të urgjencës dhe ata pediater, por rezultatet nuk janë statistikisht sinjifikative ( $P > 0.05$ ).

Edhe përbushja profesionale është më e ulët tek mjekët krahasuar me infermierët duke lënë të kuptohet për një konsumim më të lartë profesional tek mjekët krahasuar me infermierët, por rezultatet nuk janë statistikisht sinjifikative ( $P > 0.05$ ).

**Grafiku 46. Shpërndarja e nivelit të rraskapitjes profesionale sipas profesionit**



**Tabela 11. Prevalenca e rraskapitjes emocionale, depersonalizimit dhe përmbushjes personale sipas viteve të punës në shëndetësi**

Variabli	Rraskapitja Emocionale*			Depersonalizimi†			Përmbushja Personale††		
	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P
<b>Vitet e punës</b>									
0 - 5 vjet	54	11.5 (9.1)	0.251	51	4.5 (5.0)	0.923	55	43.3 (4.5)	0.993
6 - 15 vjet	70	11.2 (8.4)		68	4.6 (4.4)		69	43.4 (5.3)	
mbi 15 vjet	129	13.2 (9.3)		122	4.8 (4.4)		128	43.3 (5.0)	

\* Mungojnë të dhënat për 14 subjekte. † Mungojnë të dhënat për 26 subjekte. †† Mungojnë të dhënat për 15 subjekte.

Vlera e P (sinjifikancës statistikore) sipas testit one-ëay ANOVA për krahasimin e vlerave mesatare midis më shumë se dy grupeve të pavarura.

Në tabelë vërehet se ka diferenca në mesataret e rraskapitjes emocionale dhe depersonalizimit sipas viteve të punës në shëndetësi, ku rraskapitja emocionale dhe depersonalizimi janë më të larta tek ata që kanë mbi 15 vite punë, por kjo nuk është statistikisht sinjifikative ( $P > 0.05$ ).

**Tabela 12. Prevalenca e rraskapitjes emocionale, depersonalizimit dhe përmbushjes personale sipas nivelit të arsimimit**

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Variabli	Rraskapitja Emocionale*			Depersonalizimi†			Përmbushja Personale††		
	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P
<b>Niveli arsim.</b>									
Arsim i mesem	21	12.3 (9.4)		21	4.8 (5.6)		22	42.6 (4.3)	
Arsim i larte	193	12.2 (9.2)	0.39	182	4.8 (4.5)	0.87	191	43.4 (5.1)	0.31
Master/ShPU	34	11.5 (6.5)		33	3.7 (4.1)		34	43.7 (4.0)	
Dr. Shkencash	4	21.0 (13.4)		4	4.3 (2.1)		4	41.5 (3.5)	
Prof. i asociuar	1	21.0 (.)		1	5.0 (.)		1	33.0 (.)	
Tjeter	1	8.0 (.)		1	7.0 (.)		1	46.0 (.)	

\* Mungojnë të dhënat për 13 subjekte. † Mungojnë të dhënat për 25 subjekte. †† Mungojnë të dhënat për 14 subjekte.

Vlera e P (sinjifikancës statistikore) sipas testit one-ëay ANOVA për krahasimin e vlerave mesatare midis më shumë se dy grupeve të pavarura.

Në tabelën 12 shihet se diferencat në rraskapitjen emocionale, depersonalizimin dhe përmbushjen personale nuk mund të konsiderohen statistikisht domethënëse pasi  $P > 0.05$ . Por, vihet re se rraskapitja emocionale e pjesëmarrësve në studim është më e lartë tek profesionistët shëndetësorë me grada shkencore, ndërkohë që edhe përmbushja personale është më e ulët tek ata.

**Tabela 13. Prevalenca e rraskapitjes emocionale, depersonalizimit dhe përmbushjes personale sipas orarit të punës**

Variabli	Rraskapitja Emocionale*			Depersonalizimi†			Përmbushja Personale††		
	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P	Nr.	Mesatare (±DS)	P
<b>Puna</b>									
Me turne	83	12.6 (9.6)	0.676	76	5.2 (4.6)	0.253	82	43.7 (4.3)	0.420
Pa turne	163	12.1 (8.8)		162	4.5 (4.5)		162	43.1 (5.3)	

\* Mungojnë të dhënat për 21 subjekte. † Mungojnë të dhënat për 29 subjekte. †† Mungojnë të dhënat për 23 subjekte.

Vlera e P (sinjifikancës statistikore) sipas testit të studentit për dy kampione të pavarura

Sic shihet nga tabela, rraskapitja emocionale, depersonalizimi, por edhe përmbushja personale janë paksa më të larta tek profesionistët e shëndetësisë që punojnë me turne, por kjo nuk është statistikisht sinjifikative ( $P > 0.05$ ).

## V. Përshkrimi sasior i kapaciteteve dhe burimeve të spitaleve rajonale për mundësinë e integrit të kujdesit paliativ në shërbimin shëndetësor spitalor

Të dhënat lidhur me kapacitet dhe burimet e 11 spitaleve rajonale janë paraqitur në tabelat dhe grafikët vijues.





**Tabela 14. Të dhëna të përgjithshme për vitin 2012**

Të dhëna të përgjithshme	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Nr. i personelit në total (aktualisht)	701	657	589	515	584	393	250	283	794	323	387
Nr. i mjekëve në total (aktualisht)	134	87	75	92	87	65	30	38	88	27	29
Nr. i infermiereve në total (aktualisht)	345	306	277	235	270	198	118	136	319	139	219
Nr. i punonjësve të shërbimit psikosocial (punonjës social ose psikologë) aktual.	2	4	0	1	1	0	1	0	8	0	0
Nr. i punonjësve të tjerë në total (aktualisht)	220	160	237	187		130	101	109	379	157	75
Nr. i pacientëve të ndjekur gjatë 2012	15175	13115	12507	8902	15178	8843	5103+220 dializa	6416	7120	5584	7179
Nr. i shtretërve në total	340	441	510	421	376	266	187	162	478	236	314
Shfrytëzimi i shtratit në total (në %)	57.18%	35,3%	45.3%	36.85%	35%	36%	37.1%	55.10%	29.5%	42%	50.4%

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Nr. i vdekjeve në spital gjatë vitit 2012	93	64	135	113	116	85	50	37	147	18	25
---	----	----	-----	-----	-----	----	----	----	-----	----	----

Sic shihet edhe nga tabela, Shkodra dhe Durrësi kanë spitalet me numër më të lartë të personelit, përkatësisht 794 dhe 701 personel në total. Ndërkohë që Gjirokastra dhe Lezha kanë numrin më të vogël të pesonelit, 250 dhe 283 persona në total.

Spitali rajonal i Durrësit ka numrin më të lartë të mjekëve, 134 mjekë, dhe ai i Kukësit ka numrin më të vogël, përkatësisht 27 mjekë.

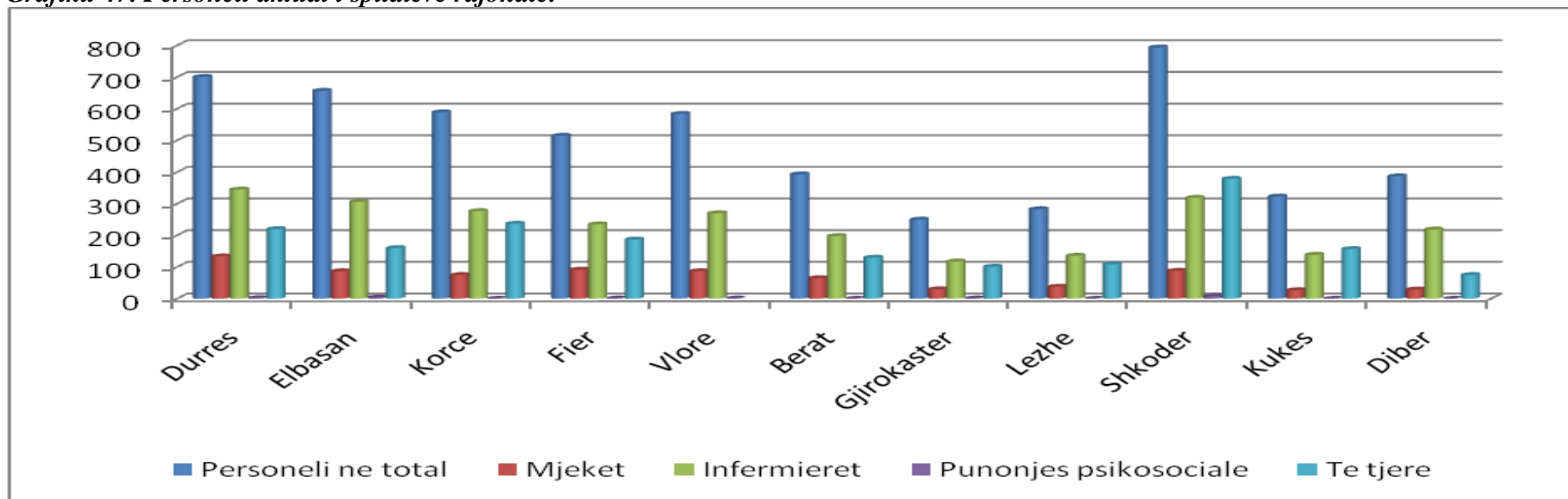
Spitali rajonal i Durrësit ka aktualisht numrin më të lartë të infermierëve, 345, dhe ai i Gjirokastër numrin më të ulët, 118.

Spitali rajonal i Shkodrës ka numrin më të lartë të punonjësve psikosocialë (8), ndërkohë që pesë spitale rajonale nuk kanë ende asnjë punjos psikosocial në stafin e tyre.

Numri i punonjësve të tjerë është më i lartë në Spitalin rajonal të Shkodrës, 379, dhe më i ulët në spitalin rajonal të Dibrës, 75.

Të dhënat e mësipërme pasyrohen më dukshëm në *grafikun 47*, në vijim.

**Grafiku 47. Personeli aktual i spitaleve rajonale.**



Po në tabelën 14 shohim se numri i pacientëve të ndjekur në spital për vitin 2012 varion dukshëm ndërmjet spitaleve, ku Vlora dhe Durrësi kanë numrin më të lartë me përkatësisht 15178 dhe 15175 pacientë në vit. Spitali rajonal i Gjirokastrës ka numrin më të ulët, 5323 pacientë në vit.

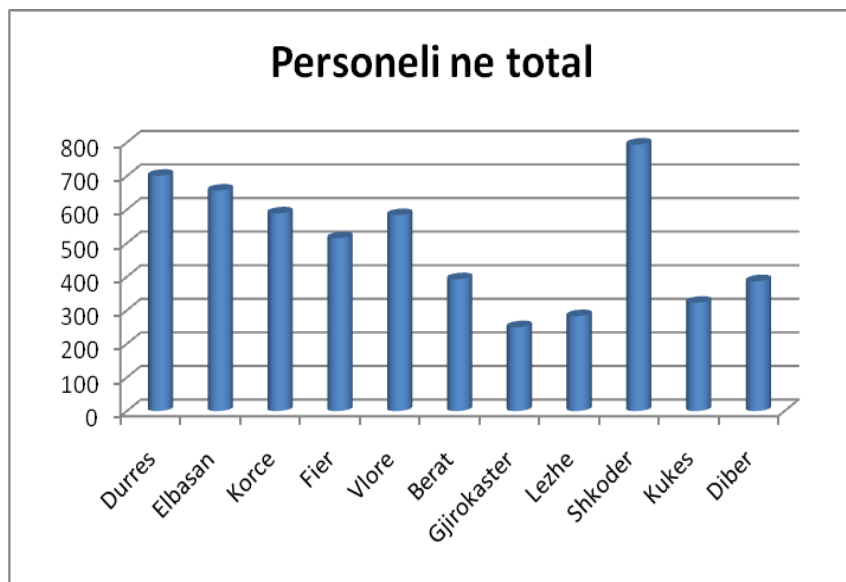
Numrin më të lartë të shtretërve e ka spitali i Korcës, 510 shtretër, dhe numrin më të ulët e ka spitali i Lezhës, 162 shtretër.

Në të gjitha spitalet rajonale shfrytëzimi i shtratit nuk i kalon 57.2%. Shfrytëzimi i shtratit është më i lartë në spitalin e Durrësit (57.18%) dhe më i ulët në spitalin e Shkodrës (29.5%).

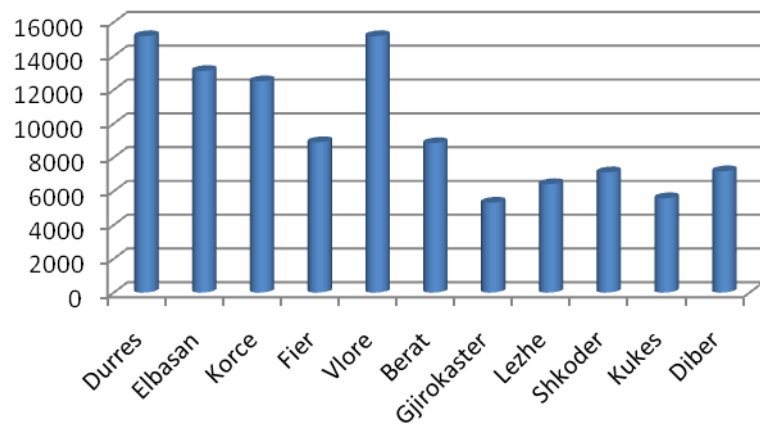
Numri i vdekjeve në spital në vitin 2012 shkon nga 18 në spitalin e Kukësit, në 147 në spitalin e Shkodrës.

Në grafikët 48 - 52 paraqiten të dhënat lidhur me numrin e personelit të spitaleve, numrin e shtretërve, me numrin e pacientëve, përqindjet e shfrytëzimit të shtratit dhe atë të vdekjeve në spital gjatë vitit 2012.

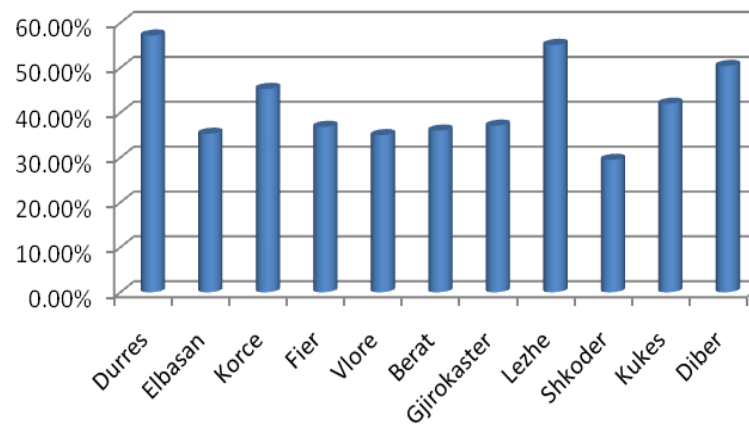
**Grafikët 48 – 52.**



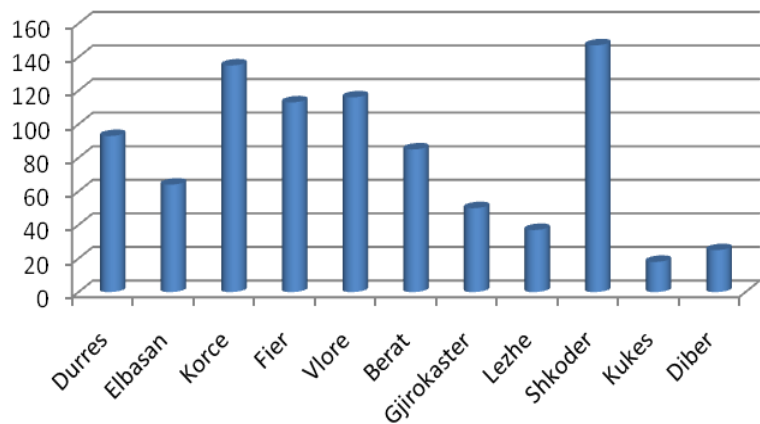
**Numri i pacienteve ne vitin 2012**



**Shfrytëzimi i shtratit**



**Numri i vdekjeve ne spital**



**Tabela 15. Numri i shtretërve për pavjon sipas rajoneve**

Pavijoni	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Pediatri	60	80	88	65	65	53	20	27	75	40	57
Obst. Gjinekologji	85	105	100	120	80	50	45	49	109	70	95
Kirurgji	65	60	100	60	65	57	33	34	69	33	60
Patologji	120	70	109	80	85	90	55	32	153	35	83
Reanimacion	10	8	14	6	8	8	4	4	8	6	3
Urgjenca		10	13	6	8	8	3	-	9	-	16
Infektiv adult		35	-	40	50		20	16	25	25	-
Pediatri infektiv			-	30			-	-	-	15	-
Okulistika		10	-	10			-	-	13	6	-
ORL		10	-	10	15		-	-	15	6	-
Neonatologji		-	-	60			-	-	-	-	-
Dialize		8	-				7	-	7	-	-
Neurologji		25	21				-	-	-	-	-
Ortopedi		20	-				-	-	-	-	-

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Pneumo-ftiz.		-	65				-	-	-	-	-
Fizioterapi											
<b>Totali</b>	<b>340</b>	<b>441</b>	<b>510</b>	<b>421</b>	<b>376</b>	<b>266</b>	<b>187</b>	<b>162</b>	<b>478</b>	<b>236</b>	<b>316</b>

Në tabelën e mësipërme përshkruhet numri i shtretërve për cdo pavjon. Shihet se numrin më të lartë të shtretërve e kanë pavjonet e Patologjisë dhe Obst. Gjinekologjisë. Urgjenca, reanimacioni, dializa, okulistika, ORL kanë numrin më të ulët të shtretërve.

**Tabela 16. Numri total i pacientëve që kanë marrë shërbim në çdo pavjon**

Pavijoni	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Pediatri	2073	1255	2116	2623	5281	3930	1188	1715	1823	1162	1142
Obst. Gjinekologji	4936	3275	3560	3746	2482	2072	663	2272	1021	1233	2718
Kirurgji	3669	2119	2281	1820	1979	1363	1755	890	1187	1152	1205
Patologji	4001	4468	2619	1899	2681	1220	1099	1084	2807	860	1836
Reanimacion	497	533	99	605	707	258	0	175	108	142	278
Urgjenca	91550	16669	12641	5370	11343	10030	14330	25855	2869	9127	9832
Infektiv adult	-	184	-	485	1309	-	398	280	274	485	-
Pediatri infektiv	-	-	-	939	-	-	-	-	-	224	-

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Okulistika	-	336	-	135	-	-	-	-	81	92	-
ORL	-	394	-	74	739	-	-	-	117	276	-
Neonatologji	-	-	-	2306	-	-	-	-	-	-	-
Dialize	-	674	-	-	-	-	220	-	-	-	-
Neurologji	-	675	409	-	-	-	-	-	580	-	-
Ortopedi	-	411	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pneumo-ftiz.	-	-	1423	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Totali (pa urgjencen)</b>	<b>15176</b>	<b>13115</b>	<b>12507</b>	<b>8902</b>	<b>15178</b>	<b>8843</b>	<b>5823</b>	<b>6416</b>	<b>7120</b>	<b>5584</b>	<b>7179</b>

Nga tabela vërejmë se numri më i lartë i pacientëve është në pavionin e urgjencës. Numri i pacientëve të këtij pavioni tejkalon me disa herë numrin total të pacientëve të shtruar në një pjesë të spitaleve rajonale. Në spitalin rajonal të Durrësit numri i pacientëve të urgjencës është rreth 6 herë më i lartë se totali i pacientëve të shtruar në këtë spital.

**Tabela 17. Shfrytëzimi i shtratit për çdo pavjon (në %)**

Pavijoni	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Pediatri	33.55%	18.8%	28.1%	38,95%	52%	59%	46.3%	66.44%	-	43%	44%

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Obst. Gjinekologji	58.33%	22.4%	31.2%	23,09%	29.7%	37%	13.1%	57.1%	-	47%	44.2%
Kirurgji	68.06%	35.9%	37.2%	36,15%	29%	37%	76.9%	39.8%	-	46%	36.6%
Patologji	60.31%	96.9%	51.3%	33,68%	47%	21%	35%	73.96%	-	53%	49.5%
Reanimacion	80.96%	-	3.8%	75,8%	77%	53%	0	65.07%	-	33%	43.3%
Urgjenca		-	266.4%	245,66%	-	-	0	-	-	-	170.7%
Të tjera (totali)	57.18%				-	36%	-	55.10%	-		
Infektiv adult		7.3%	-	18,03%	20%		30.1%	22.12%	-	27%	-
Pediatri infektiv		-	-	19,76%	-	-	-	-	-	24%	-
Okulistika		11%	-	5,51%	-	-	-	-	-	20%	-
ORL		33.7%	-	3,56%	26%	-	-	-	-	48%	-
Neonatologji		-	-	31,32%	-	-	-	-	-	-	-
Dialize		-	-		-	-	0	-	-	-	-
Neurologji		35.5%	55.6%		-	-	-	-	-	-	-
Ortopedi		13.5%	-		-	-	-	-	-	-	-
Pneumo-ftiz.		-	53.9%		-	-	-	-	-	-	-
<b>Totali</b>	<b>57.18%</b>	<b>35,3%</b>	<b>45.3%</b>	<b>36.85%</b>	<b>35%</b>	<b>36%</b>	<b>37.1%</b>	<b>55.10 %</b>	<b>29.5%</b>	<b>42%</b>	<b>50.4%</b>

Nuk janë raportuar të dhënat për cdo pavjon nga spitali i Shkodrës.



Në tabelën 17 tregohet qartë se shfrytëzimi maksimal i shtratit, përtej kapaciteteve, është në pavjonin e urgjencës, ku shfrytëzimi i shtratit në rajonet e raportuara është nga 170.7% në 266.4%. Ndërkohë që urgjenca është një nga pavjonet me numër më të ulët të shtretërve.

Pavjonet e tjera me shfrytëzim më të lartë të shtratit janë Patologjia (21% - 96.9%); Reanimacioni (3.8% - 80.96%); Pediatria (18.8% - 66.44%); Obst. Gjinekologjia (13.1% - 58.33%); Kirurgjia (29% - 60.06%). Pavjonet e tjera kanë një shfrytëzim më të ulët të shtratit.

**Tabela 18. Numri i vdekjeve për çdo pavjon**

Pavijoni	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Pediatri	2	3	2	-	1	1	1	0	4	1	1
Obst. Gjinekologji	-	-	14	-	-	-	0	0	0	-	0
Kirurgji	38	10	6	2	1	5	19	2	0	4	5
Patologji	38	35	39	60	56	19	29	9	58	8	9
Reanimacion	15	-	21	25	58	27	0	26	85	3	1
Urgjenca			20	-	-	33	1	12	7	-	9
Infektiv adult		-	-	2	-		0	0	0	2	-
Pediatri infektiv			-	-	-		-	-	0	0	-
Okulistika		-	-	-	-		-	-	0	0	-
ORL		-	-	-	-		-	-	0	0	-
Neonatologji		-	-	-	-		-	-	0	-	-

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Dialize		5	-		-		0	-	0	-	-
Neurologji		10	41		-		-	-	0	-	-
Ortopedi		1	-		-		-	-	0	-	-
Pneumo-ftiz.		-	12		-		-	-	0	-	-
<b>Totali</b>	<b>93</b>	<b>64</b>	<b>135</b>	<b>113</b>	<b>116</b>	<b>85</b>	<b>50</b>	<b>37</b>	<b>147</b>	<b>18</b>	<b>25</b>

Në tabelën 18 paraqitet numri i vdekjeve për vitin 2012 për cdo pavjon të spitaleve rajonale. Duket se pavjoni i patologjisë mban edhe peshën më të lartë të vdekjeve në spital.

**Tabela 19. Shkaqet kryesore të vdekjeve në spital gjatë vitit 2012**

Shkaku i vdekjes	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokast.	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Sëmundjet kardio vaskuare	43 (46%)	14 (1.1%)	85 (63%)	17 (15%)	70 (60%)	32 (38%)	11 (22%)	15 (40,5%)	28	2 (11%)	-
Sëmundjet tumorale	3 (3%)	5 (1.8%)	5 (4%)	2 (2%)	8 (7%)	3 (3%)	3 (6%)	7 (19 %)	11	1 (6%)	-
Sëmundje të tjera	47 (51%)	38 (0.5%)	45 (33%)	94 (83%)	38 (33%)	50 (59%)	36 (72%)	15 (40.5%)	84	15 (83%)	-

*Për cdo rajon përshkruhet numri total i rasteve dhe numri i rasteve në %.*

Nga tabela 19 shohim se vdekshmëria në spital nga sëmundjet tumorale është e ulët krahasuar me sëmundjet kardiovaskulare dhe totalin e sëmundjeve të tjera. Ajo shkon nga 2% të vdekjeve në spitalin e Fierit, në 19% të vdekjeve në spitalin e Lezhës.

**Tabela 20. Burimet njerëzore të spitaleve sipas specialitetit dhe trajnimit në kujdes paliativ**

Të dhëna mbi burimet njerëzore	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Nr i stafit (total)	701	657	589	515	584	393	250	283	794	323	387
Nr. i mjekëve në total	125	87	75	92	87	65	30	38	88	27	29
Nr. infermiereve në total	345	306	277	235	270	198	118	136	319	139	219
Infermiere pavijoni	145		134	113	-	95	85	97	178	-	1
Infermiere kirurgjie	63		57	41	53	42	10	13	59	-	20
Infermiere mami	66		56	59	49	42	6	12	43	-	34
Infermiere urgjence	51		23	22	22	13	11	8	30	-	10
Infermiere infeksioniste	20		7		18	6	6	6	9	-	8
Punonjës të shërbimit psikosocial (punonjës social apo psikolog)	2	4	0	1	1	0	1	0	8	-	0

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Numri i punonjësve të tjerë (jo mjekë, infermierë apo punonjës të shërbimit psikosocial)	220	160	237	187	227	130	102	109	379	-	75
Numri total i personelit shëndetësor të trajnuar në kujdes paliativ.	-			1	0	-	9	40	-	-	3
Numri i mjekëve të trajnuar në kujdes paliativ	-			1	1	2	3	5	-	-	3
Numri i infermiereve të trajnuar në kujdes paliativ	-			-	0	5	6	35	-	-	3
Numri i punonjësve të shërbimit psikosocial të trajnuar në kujdes paliativ	-			-	1	0	-	0	-	-	0

Në këtë tabelë pasqyrohen sërish të dhënat mbi personelin e spitaleve rajonale, ku detajohen specialitetet e mjekëve dhe infermierëve dhe trajnimet e tyre në kujdes paliativ. Shohim nga tabela se në kujdes paliativ janë trajnuar 40 vetë nga spitali rajonal i Lezhës, nga të cilët 5 mjekë dhe 35 infermierë; 9 në spitalin e Gjirokastrës (3 mjekë dhe 6 infermierë); 1 mjek i spitalit të Fierit, ....

**Tabela 21. Numri i pajisjeve mjekësore të disponueshme për secilin spital rajonal**

Pajisjet	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Aparat për rrezet X	3	4	4	2	5	2	3	2	3	X	3
Eko	9	3	4	3	2	2	4	4	3	X	3
Skaner CT	1	1	1	1	1	1	1	1	1	X	1
Rezonanca Magnetike	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Oksimeter pulsi	20	1	0	11	6	2	1	4	8	X	1
Monitor kardiak	40	1	32	12	4	4	9	6	4	X	5
EKG	16	1	7	13	4	2	6	5	3	X	1
Eko zemre	1	1	0	1	1	2	1	0	1	X	1
Defibrilator	14	1	7	6	8	4	5	2	3	X	5
Bronkoskop	1	0	0	1	-	0	-	0	1	0	0
Metër për matjen e volumit maksimal të mushkërive (astma)	0	0	0		-	0	-	0	1	0	0
Spirometer	1	0	2	1	2	0	-	1	1	0	0
Makinë anestezie	8	1	7	1	7	5	4	3	5	X	1

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Tavolinë operacioni	8	1	8	4	6	4	5	4	X	X	2
Pajisje me një përdorim		-				-	-	-	X	X	-
Pajisje për dhënie oksigjeni	6	0	47		14	20	-	15	X	X	1
Pajisje për dhënie avulli (nebulizer)	4	1	6	1	-	5	-	1	X	X	1
Glukometër (në zonat ku ofrohet kujdes për pacientin)	1	0	0	0	-	4	-	0	X	0	-
Aparat për matjen e tensionit të gjakut	1	1		17	10	10	45	10	X	0	1
Aspirator me vakum	X	1	X	0	1	5	19	4	X	0	3

Me 'X' në tabelë tregohet se disponohet pajisja. Në disa raste spitalet kane raportuar vetëm se e disponojnë pajisjen, por nuk kanë përkthyer sasinë.

Nga të dhënat e tabelës nr 21 shohim se:

- Aparat për rrezetX kanë të gjitha spitalet rajonale nga 2 – 5 copë.
- Eko kaë të gjitha spitalet rajonale nga 2 deri në 9 copë.
- Skaner CT kanë të gjitha spitalet rajonale nga 1 copë.
- Rezonancë magnetike ka vetëm spitali i Durrësit dhe i Vlorës.
- Oksimetër pulsi kanë të gjitha spitalet rajonale, përveç atij të Korcës. Sasia është nga 1 deri në 20 copë.
- Monitorë kardiak kanë të gjitha spitalet rajonale nga 1 deri në 20 copë në spitalin e Durrësit.

- EKG kanë të gjitha spitalet nga 1 deri në 16 copë në spitalin e Durrësit.
- Eko zemre kanë të gjitha spitalet pëveç Korcës dhe Lezhës. Berati ka 2 pajisje të tilla.
- Defibrilator kanë të gjitha spitalet rajonale nga 1 deri në 14 në Durrës.
- Bronkoskop ka vetëm spitali i Durrësit, Fierit dhe Shkodrës.
- Metër për matjen e volumit maksimal të mushkërive (astma) ka vetëm spitali i Shkodrës.
- Spirometër kanë vetëm spitalet: Durrës (1), Korçë (2), Fier (1), Vlorë (2), Lezhë (1) she Shkodër (1).
- Makinë anestezie kanë të gjitha spitalet rajonale nga 1 në 8 në spitalin e Durrësit.
- Tavolinë operacioni kanë të gjitha spitalet nga 1 -8 sic pasqyrohet në tabelë.
- Pajisje për dhënie oksigjeni kanë të gjitha spitalet e tjera përveç Elbasanit, Fierit dhe Gjirokastrës. Korca ka numrin më të lartë, 47 pajisje të tilla.
- Pajisje për dhënie avulli kanë të gjitha spitalet, me përjashtim të Vlorës dhe Gjirokastrës. Spitalet e tjera kanë nga 1 deri në 6 pajisje të tilla.
- Glikometër kanë vetëm spitalet e Durrësit (1), Beratit (4) dhe Shkodrës (1).
- Aparat për matjen e tensionit të gjakut kanë të gjitha spitalet, me përjashtim të Korcës dhe Kukësit.
- Aspiratori me vakum mungon, në Fier dhe Kukës.

**Tabela 22. Furnizimet sipas rajoneve**

Furnizime	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Antiseptikët	1		110 litra	328 litra		59 litra	1	1	1	1	1
Shiringa me një përdorim	1		18500	278995		200000	1	1	1	1	1
Kontainer për sendet e mprehta	0		0	0		0	1	0	1	0	1

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Tuve IV me një përdorim	1		5700	95447		12000	0	0	1	0	1
Doreza-gome	1		21700	59400		1000	1	0	1	1	1
Doreza-sterile	1		7500	22150		25000	1	0	1	1	1
Rezervuar oksigjeni –Plot	1		0	0		0	1	0	1	1	1

- Nuk janë raportuar të dhënat për këtë seksion nga spitalet e Elbasanit dhe Vlorës.
- Numri '1' në tabelë tregon prezencën e pajisjes, ndërsa numri '0' mungesën e saj.
- Sasitë e disponuara për secilin artikull në tabeë janë raportuar vetëm nga spitali i Korces, Fierit dhe Beratit.

Në tabelën 22 shohim se antiseptikë dhe shiringa me një përdorim zotërojnë të gjitha spitalet rajonale. Kontenier për sende të mprehta ka vetëm në Gjirokastrë, Shkodër dhe Dibër. Tuve IV me një përdorim kanë të gjitha spitalet që kanë raportuar me përjashtim të Gjirokastrës, Lezhës dhe Kukësit. Doreza gome dhe doreza sterile kanë të gjithë spitalet me përjashtim të Lezhës. Ndërsa, rezervuar oksigjeni-Plot kanë vetëm spitalet rajonale të Durrësit, Gjirokastrës, Shkodrës, Kukësit dhe Dibrës.

**Tabela 23. Gjaku dhe plasma sipas rajoneve**

Gjaku dhe plasma	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër	Totali
Rruaza të kuqe të gjakut	1		60/dite	1	773	449 njesi	1	1	1	0	0	8/10
Plazëm e ngrirë	1		0	1	760	449	1	1	1	1	1	9/10



VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Gjak komplet	1		50-60 Dite	1	812	449	21	1	1	0	1	9/10
--------------	---	--	---------------	---	-----	-----	----	---	---	---	---	------

- Nuk janë raportuar të dhënat për këtë seksion nga spitali i Elbasanit.
- Numri '1' në tabelë tregon prezencën e artikullit, ndërsa numri '0' mungesën e tij.
- Sasitë e disponuara për secilin artikull në tabeë janë raportuar vetëm nga spitali i Korces, Vlorës dhe Beratit.

**Tabela 24. Të dhëna për disponueshmërinë e disa mjeteve, pajisjeve, materialeve mjekësore të rëndësishme për Kujdesin Paliativ**

Artikulli	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Karroca	1	3	22	20	15	4	12	1	1	1	0
Deambulate	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Dyshekë antidekubitus	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Shiringa elektrike(s.c)	20	3	16	0	22	2	3	0	1	0	0
Pompa infuzionale	20	0	14	0	22	1	0	0	1	0	0
Sete Paracenteze	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Sete Toracocenteze	0	0	0	0	-	0	-	0	1	0	0
Materiale mjekimi	Po	1		Po	-	-	-	1	1	1	1

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Ushqim parenteral	0	0	0	0	-	100000	-	0	1	1	-
Oksimeter	20	1	0	11	1	2	-	0	1	0	-
Katetere Urinar	Po	0	250	431	-	2000	-	1	1	1	Me shumice
Colo-stoma	Po	0	0	0	-	20	-	0	1	0	-
Urostoma	0	0	0	0	-	0	-	0	1	0	-
Qese	Po	0	100	1275	-	30	-	1	1	1	Me shumice
Aspirator Portativ	4	4	14	11	6	2	-	0	1	0	3
O2, i instaluar Lëvizës	6	1		2	2	1	2	0	1	0	-
Autoclave	9	5	3	9	3	2	2	0	1	1	3

Shënim: Tek Lezha, Shkodra dhe Kukesi vetëm është raportuar prezenca e ose jo e artikullit (me 1 ose 0), por nuk është pasqyruar numri i pajisjeve apo materialeve.

Bazuar në tabelën 24, konkludojmë se:

- Të gjitha spitalet rajonale kanë raportuar se disponojnë karroca, me përjashtim të spitalit të Dibrës. Sasia e disponuar varion nga 1 në spitalin e Durrësit në 22 në spitalin e Korcës.
- Deambulatorë ka vetëm spitali i Shkodrës.
- Dyshekë antidekubitus ka raportuar të ketë vetëm spitali i Shkodrës.
- Shiringat elektrike mungojnë në spitalet e Fierit, Lezhës, Kukësit dhe Dibrës. Spitalet e tjerë rajonale kanë nga 2 deri në 22 shiringa elektrike.
- Pompa infuzionale mungon në spitalet e Elbasanit, Fierit, Gjirokastrës, Lezhës, Kukësit dhe Dibrës. Spitalet e tjera kanë nga 1 në 22 pajisje të tilla.
- Sete paracenteze dhe sete toracocenteze raportohet te ketë vetëm nga spitali i Shkodrës.
- Materiale mjekimi kanë raportuar se kanë 7 spitale rajonale.

- Ushqim parenteral kanë vetëm 3 spitale, përkatësisht Berati, Shkodra dhe Kukësi.
- Oksimetri mungon në 5 spitale (Korcë, Gjirokastrë, Lezhë, Kukës dhe Dibër). Spitalet e tjerë kanë nga 1 në 20 copë (në Durrës).
- Kateter urinar mungon në spitalin e Elbasanit, Vlorës dhe Gjirokastrës. Sasia e disponueshme në rajonet që e kanë raportuar këtë të dhënë varion nga 250 në 2000.
- Colo-stoma disponohet vetëm në Durrës, Berat dhe Shkodër.
- Urostoma disponohet vetëm në spitalin e Shkodrës.
- Qeset mungojnë në spitalin e Elbasanit, Vlorës dhe Gjirokastrës. Sasia në rajonet që kanë raportuar varion nga 30 në 1275.
- Aspiratori portativ mungon në Gjirokastrë, Lezhë dhe Kukës. 2 – 14 copë varion sasia në spitalet rajonale që kanë raportuar.
- O2 i instaluar lëvizës mungon në Korçë, Lezhë, Kukës dhe Dibër. Rajonet e tjera kanë 1 -2 pajisje të tilla, ndërsa spitali i Durrësit ka 6.
- Autoklava mungon në spitalin rajonal të Lezhës. Spitalet që kanë raportuar kanë 2 deri në 9 autoklava.

**Tabela 25. Disponueshmëria e Medikamenteve sipas rajoneve**

Nr.	MEDIKAMENTI	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër	Total
1	Amitriptylinum tab 50-150mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3/11
2	Aminophlinum tab 100-200mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3/11
3	Agjentet diabetik oral: Metformin 850mg	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	7/11
4	Agjentet diabetik oral: Sulfonurea	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1/11
5	Bisacodyl tab 10 mg, sup 10mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2/11
6	Bronkodilatoret (psh. Albuterol)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1/11
7	Carbamazepine tab 100-200mg	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	6/11
8	Citoloqram tab 20mg sol oral 10mg/ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0/11

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

9	Citoloqram amp 20mg-40mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0/11
10	Codeine tab 15-30mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1/11
11	Cimetidinum tab 200mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1/11
12	Dexamethazone amp 4mg	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10/11
13	Dexamethazone tab 0.5mg	0	0	0	0	0	0	-	0	1	1	0	0	2/11
14	Diuretike tiazidike (p,sh hydroclortiazidi)	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10/11
15	Diuretiket e harkut Henle (p,sh furosemid)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
16	Diazepam tab 2.5-10mg sup 10mg	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9/11
17	Diazepam injek 5mg/ml	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
18	Diclofenac tab 50-75mg	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5/11
19	Diclofenac injek 75-100mg/ml	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	8/11
20	Diphenhydramin tab 25mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1/11
21	Diphenhydramin injek 50mg/ml	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1/11
22	Fentanyl 25-50 mcg/hr	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
23	Gabapeptin tab 300-400mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	-	0	1/11
24	Haloperodole tab 2mg flakon 0.2%10mg	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3/11
25	Haloperodole injek 5mg/1cc	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	4/11

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

26	Hyascine butylbromide amp 20mg	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	10/11
27	Hyascine butylbromide tab 10mg	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	6/11
28	Ibuprofene tab 200-400mg	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	8/11
28	Insuline (me veprim te gjate)	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	8/11
30	Insuline (me veprim te shkurter)	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10/11
31	Indometacinum sup 50-100mg	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	7/11
32	Lorazepam tab 1-2.5mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2/11
33	Lorazepam injek 2-4mg/ml	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1/11
34	Levopromazine tab 5-50mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1/11
35	Levopromazine injek 25mg/ml	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1/11
36	Loperamid tab 2mg	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	5/11
37	Magestrol Acetate tab 160mg injek 40mg/ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0/11
38	Methadone tab 5mg sol,oral 1mg/ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0/11
39	Metoclopramide injek 5mg/ml	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11/11
40	Metoclopramide tab 10mg	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	7/11
41	Midazolam injek 1-5mg/ml	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	6/11
42	Mirtazapine 15-30mg tab, 7.5-15mg amp	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0/11

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

43	Morphine tab 10mg sol,oral 10mg/5ml	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1/11
44	Morphine injek 10mg/ml	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10/11
45	Morphine me leshim te ngadalt 10mg-30mg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0/11
46	Naproxene tab 250mg	0	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	7/11
47	Nystatinum tab 5000 000 UI	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5/11
48	Oxycodone tab 5mg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1/11
49	Octreotide injek 100mg/ml	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1/11
50	Omeprazol tab 20mg	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	6/11
51	Petidina amp 50%-2cc	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	8/11
52	Promethasinum tab 25mg	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	4/11
53	Prednisolone tab 5mg	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5/11
54	Prednisolone injek 25mg/ml	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10/11
55	Paracetamol tab 500mg	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9/11
56	Ranitidin tab 150mg	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	8/11
57	Senna	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0/11
58	Spironalactone tab 25mg	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	8/11
59	Tramadol tab 50mg-100mg sol,oral 1100mg/1ml	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1/11

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

60	Tramadol amp 50mg-100mg	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10/11
61	Trazodone tab 25-75mg	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	-	0/11
62	Trazodone injek 50mg/ml	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	-	0/11
63	Zolpidem tab 5-10mg	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	-	0/11
	Totali i medikamenteve per cdo spital	13	17	24	12	26	18	29	25	51	36	37	
	Përqindja e disponimit të medikamenteve	21%	27%	38%	19%	41%	29%	46%	40%	81%	57%	59%	

Në tabelë është shënuar '0' kur spitali nuk e disponon medikamentin, dhe '1' kur e disponon atë.

Shihet në tabelën 25 se medikamentet më të disponueshme nga spitalet rajonale, pra që disponohen nga 80% - 100% e spitaleve rajonale (9 – 11 spitale) janë 13 medikamente:

- Dexamethazone amp 4mg;
- Diuretike tiazidike (p,sh hydroclortiazidi);
- Diuretiket e harkut Henle (p,sh furosemid);
- Diazepam tab 2.5-10mg sup 10mg;
- Diazepam injek 5mg/ml;
- Fentanyl 25-50 mcg/hr;
- Hyascine butylbromide amp 20mg;
- Insuline (me veprim te shkurter);
- Metoclopramide injek 5mg/ml;
- Morphine injek 10mg/ml;
- Prednisolone injek 25mg/ml;
- Paracetamol tab 500mg;
- Tramadol amp 50mg-100mg.

Medikamentët që disponohen në mbi 50% të spitaleve rajonale (6 – 11 spitale) janë 27 medikamente. Konkretisht medikamentet:

- Agjentet diabetik oral: Metformin 850mg
- Carbamazepine tab 100-200mg
- Dexamethazone amp 4mg;
- Diuretike tiazidike (p,sh hydroclortiazidi);
- Diuretiket e harkut Henle (p,sh furosemid);
- Diazepam tab 2.5-10mg sup 10mg;
- Diazepam injek 5mg/ml;
- Diclofenac injek 75-100mg/ml
- Fentanyl 25-50 mcg/hr;
- Hyascine butylbromide amp 20mg;
- Hyascine butylbromide tab 10mg
- Ibuprofene tab 200-400mg
- Insuline (me veprim te gjate)
- Insuline (me veprim te shkurter);
- Indometacinum sup 50-100mg
- Metoclopramide injek 5mg/ml;
- Metoclopramide tab 10mg
- Midazolam injek 1-5mg/ml
- Morphine injek 10mg/ml;
- Naproxene tab 250mg
- Omeprazol tab 20mg
- Petidina amp 50%-2cc
- Prednisolone injek 25mg/ml;
- Paracetamol tab 500mg;
- Ranitidin tab 150mg
- Spironalactone tab 25mg
- Tramadol amp 50mg-100mg.

Nga tabela e mësipërme vihet re se medikamentet që mungojnë në cdo spital rajonal janë 10 medikamente:

- Citolopram tab 20mg sol oral 10mg/ml;



- Citolopram amp 20mg-40mg;
- Magestrol Acetate tab 160mg injek 40mg/ml;
- Methadone tab 5mg sol,oral 1mg/ml;
- Mirtazapine 15-30mg tab, 7.5-15mg amp;
- Morphine me leshim te ngadalt 10mg-30mg;
- Senna; Trazodone tab 25-75mg;
- Trazodone injek 50mg/ml; dhe
- Zolpidem tab 5-10mg.

Rreth 14 medikamente disponohen vetëm në 1 spital. 13 prej të cilave vetëm në spitalin rajonal të Shkodrës, dhe në asnjë nga spitalet e tjerë rajonal. Ato janë:

- Agjentet diabetik oral: Sulfonurea;
- Bronkodilatatore (psh. Albuterol);
- Codeine tab 15-30mg;
- Cimetidinum tab 200mg;
- Diphenhydramin tab 25mg;
- Diphenhydramin injek 50mg/ml;
- Gabapeptin tab 300-400mg;
- Lorazepam injek 2-4mg/ml;
- Levopromazine tab 5-50mg;
- Levopromazine injek 25mg/ml;
- Morphine tab 10mg sol,oral 10mg/5ml;
- Oxycodone tab 5mg;
- Tramadol tab 50mg-100mg sol,oral 1100mg/1ml.

Medikamenti: Octreotide injek 100mg/ml disponohet vetëm në spitalin rajonal të Dibrës.

Disponueshmëria e medikamenteve shkon nga 19% për spitalin rajonal të Fierit në 81% në spitalin rajonal të Shkodrës. Spitali rajonal i Shkodres ka raportuar se disponon numrin më të lartë të medikamenteve, rreth 81%, i pasuar nga spitali i Dibrës (59%) dhe spitali i Kukësit (57%). Disponueshmëria e medikamenteve në spitalet e tjerë rajonale është nën 50%.

Në *grafikun 53* paraqitet niveli i disponueshmërisë së medikamenteve sipas spitaleve rajonale.

Grafiku 53.

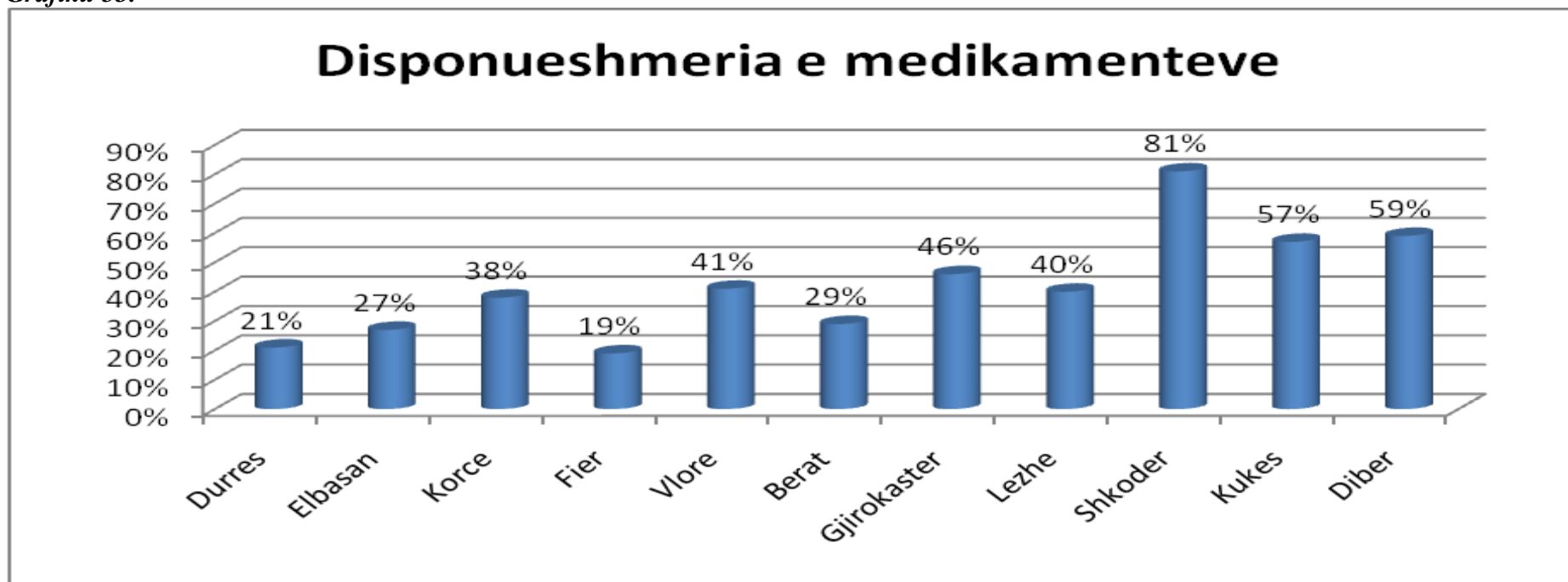


Tabela 26. Disponueshmëria e Opioidëve sipas spitaleve rajonale

Nr.	Opioidet	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër	Total
1	Codeinum tab	0	0	0	0	-	0	0	0	1	0	-	1
2	Tramadol cap	0	0	0	0	-	0	0	0	1	0	-	1

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

3	Tramadol injeksion	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10
4	Morphine me lëshim të shpejt p/os	0	0		0	-	0	0	0	1	0	0	1
5	Morphine me lëshim të ngadaltë p/os	0	0		0	-	0	0	0	0	0	0	0
6	Morphine solucion p/os	0	0		0	-	0	0	0	0	0	0	0
7	Morphine injeksion s/c	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	10
8	Oxycodone p/os	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
9	Metadone p/os injeksion	0		0	0	0	0	0	0	0	0	-	0
10	Fentanyl injeksion	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
11	Fentanyl transdermal	0		0	-	-	0	0	0	0	0	0	0
12	Hydromorphone p/os	0		0	-	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Buprenorphine p/os	0		0	-	-	0	0	0	0	0	0	0
14	Petidine injeksion	1		1	-	0	1	1	1	1	1	1	8
	Totali sipas spitaleve	4	2	4	1	3	4	4	4	8	4	4	

Ashtu sic është përshkruar edhe në tabelën 26, u konstatua se 4 nga 14 format e opioideve, ose rreth 29% e tyre, disponohen rëndom në spitalet rajonale (nga 8 deri në 10 prej tyre). Ato janë:

1. Tramadol injeksion;
2. Morphine injeksion s/c;
3. Fentanyl injeksion;
4. Petidine injeksion.

4 opioide disponohen vetëm në spitalin e Shkodrës. Ato janë:

1. Codeinum tab;
2. Tramadol cap;
3. Morphine me lëshim të shpejt p/os;
4. Oxycodone p/os.

6 opioide nuk disponohen në asnjë spital rajonal. Ato janë:

1. Morphine me lëshim të ngadaltë p/os;
2. Morphine solucion p/os;
3. Metadone p/os injeksion;
4. Fentanyl transdermal;
5. Hydromorphine p/os;
6. Buprenorphine p/os.

Pjesa më e madhe e spitaleve rajonale disponojnë 4 forma opioidesh. Spitalet e tjerë disponojnë më pak se 4 opioide, ku Spitali i Fierit disponon vetëm 1 opioid. Ndërsa, spitali i Shkodrës ka raportuar se disponon 8 opioide.

**Tabela 27. Sasia e opioideve e përdorur gjatë vitit 2012 në mg**

Opioidet	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Codeinum tab	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tramadol cap	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Tramadol injeksion	2600	100600	9700	220.000	1500	6705	3086	383000	0	4079	134300
Morphine me lëshim të shpejt p/os	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morphine me lëshim të ngadaltë p/os	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morphine solucion p/os	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Morphine injeksion s/c	1800	2140	11730	60	1590	363	90	2620	0	65	0
Oxycodone p/os	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Metadone p/os injeksion		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fentanyl injeksion	1300	0	246	796	2	0	531	400	0	250	2000
Fentanyl transdermal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hydromorphone p/os	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Buprenorphine p/os	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Petidine injeksion	970	0	7405	0	0	0	32	37100	0	0	700
--------------------	-----	---	------	---	---	---	----	-------	---	---	-----

Shënim: Nuk janë paraqitur të dhënat për këtë seksion nga spitali i Shkodrës.

Sic tregohet edhe në tabelën 27,

- Tramadoli injeksion është përdorur nga 1500 mg në spitalin e Vlorës në 383000mg në Lezhë.
- Morphine injeksion s/c është përdorur 60mg në Fier deri në 11730mg në Korce.
- Fentanyl injeksion është përdorur nga 0mg në Ebasan dhe Berat në 2000mg në Dibër.
- Petidine injeksion është përdorur nga 0mg në Elbasan, Fier, Vlorë, Berat, Kukës, në 37100mg në Lezhë.

Në grafikët 54 – 55 në vijim, tregohet qartë se:

- Tramadoli injeksion, i cili është edhe opiodi i përdorur në sasi më të lartë, është përdorur në nivel dukshëm më të lartë në spitalin e Lezhës, por edhe të Dibrës dhe Elbasanit.
- Morfina injeksion është përdorur më shumë në Korçë, e më pas në Lezhë.
- Fenatyl injeksion është përdorur me tepër në Dibër, gjithësesi niveli i tij i përdorimit është i ulët.
- Petidina injeksion është përdorur në nivel më të lartë në spitalin e Lezhës, e më pas atë të Korcës.
- Rrethet me përdorim më të lartë të opioideve janë Lezha, Korca, Elbasani dhe Dibra.

*Grafiku 54 –55.*

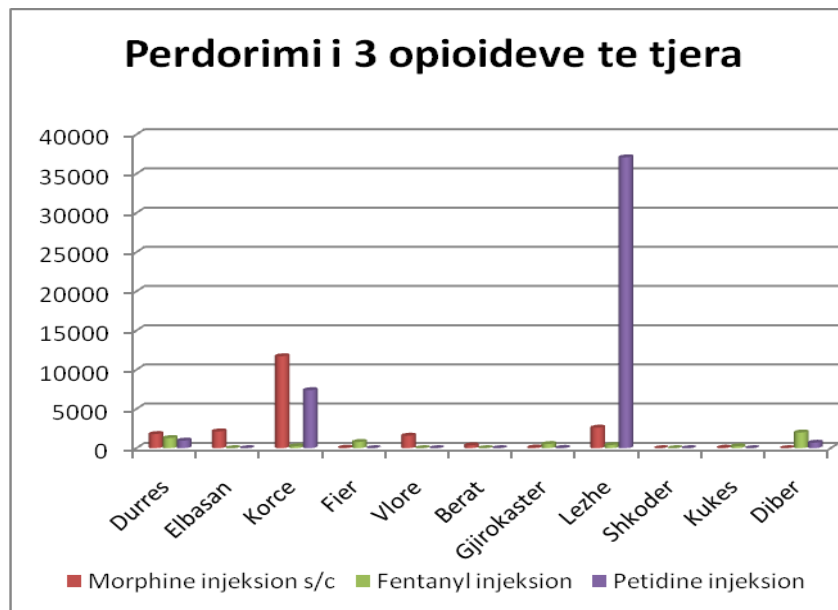
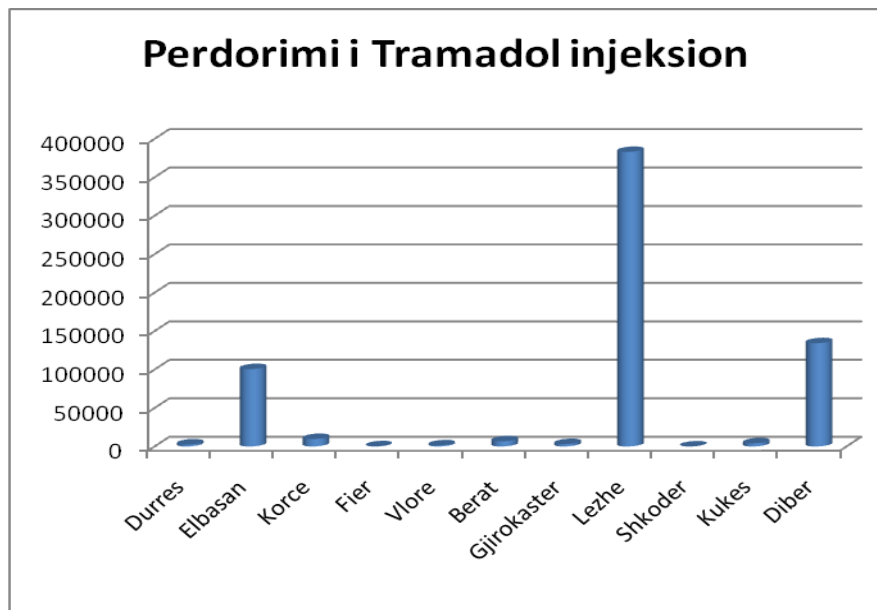


Tabela 28. Indikacionet e përdorimit të opioideve në Kirurgji

Opioidet	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër	Total
Tramadol injeksion	X	X	X	-	X	X	x (2015)	X	-	-	X	8/9 (88%)
Morphine injeksion s/c	X	-	X	-	X	X	X (70)	X	-	-	-	6/9 (66%)
Fentanyl injeksion	X	-	X	X	X	-	-	X	-	-	X	6/9 (66%)

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Petidine injeksion	X	-	X	-	-	-	-	X	-	-	X	4/9 (44%)
Totali sipas spitalit	4/4	1/4	4/4	1/4	3/4	2/4	2/4	4/4	-	-	3/4	

Shënim: Shkodra dhe Kukësi nuk kanë pasqyruar asnje të dhënë lidhur me këtë çështje.

Nga tabela 28 shohim se Tramadoli injeksion është përdorur në kirurgji në 8 nga 9 spitalet që kanë raportuar për këtë të dhënë; Morfina injeksion dhe Fenatyl injeksion në 6 nga 9 spitalet; dhe Petidinë injeksion në 4 nga 9 spitalet rajonale.

Spitali i Elbasanit dhe Fierit kanë përdorimin më të ulët të llojeve të opioideve të përdorura në kirurgji, vetëm 1 prej tyre. Ndërsa Durrësi, Korca dhe Lezha i kanë përdorur 4 opioidet në kirurgji.

**Tabela 29. Indikacionet e Përdorimit të Opioideve për Dhimbjen Post-operatore**

Opioidet	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër	Total
Tramadol injeksion	X	X	-	-	X	X	X (100)	X	-	-	X	7/9 (77%)
Morphine injeksion s/c	X	X	X	-	X	X	X (10)	-	-	-	-	6/9 (66%)
Fentanyl injeksion	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	2/9 (22%)
Petidine injeksion	X	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	3/9 (33%)
Totali per spital	4	2	2	0	3	2	2	2			1	

Shënim: Shkodra dhe Kukësi nuk kanë pasqyruar asnje të dhënë lidhur me këtë çështje.



Në tabelën 29 tregohet se Tramadoli injeksion përdoret për dhimbjen post-operatore në 7 nga 9 spitaet që kanë raportuar për këtë çështje, Morfina injeksion përdoret në 6 nga 9 spitalet; Fenatyl injeksion në 2 nga 9 spitalet; dhe Petidinë injeksion përdoret për dhimbjen post-operatore në 3 nga 9 spitalet rajonale.

Spitali rajonal i Durrësit i ka përdorur 4 opioidet për dhimbjen post-operatore, ndërsa spitalet e tjerë përdorin 1 – 3 opioide. Spitali i Fierit nuk ka përdorur asnjë opioid për dhimbjen post-operatore.

**Tabela 30. Indikacionet e Përdorimit të Opioideve për Dhimbjen Kronike**

Opioidet	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër	Total
Tramadol injeksion	X	X	-	-	X	X	X (500)	X	-	-	X	7/9 (77%)
Morphine injeksion s/c	X	-	X	-	-	X	X (60)	X	-	-	-	5/9 (55%)
Fentanyl injeksion	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1/9 (11%)
Petidine injeksion	X	-	X	-	-	-	-	X	-	-	-	3/9 (33%)
Totali per spital	4	1	2	0	1	2	2	3	-	-	1	

Shënim: Shkodra dhe Kukësi nuk kanë pasqyruar asnjë të dhënë lidhur me këtë çështje.

Në tabelën 30 tregohet se Tramadol injeksion përdoret në më shumë spitale për dhimbjen kronike. Ai përdoret në 7 nga 9 spitalet që kanë raportuar. Morfina injeksion renditet e dyta. Ajo përdoret në 5 nga 9 spitalet që kanë raportuar për këtë çështje. Fenatyl injeksion është opioidi i

përdorur më pak për dhimbjen kronike, vetëm 1 nga 9 spitalet rajonale. Petidina injeksion është përdorur për dhimbjen kronike në 3 nga 9 spitalet rajonale që kanë dhënë të dhëna lidhur me ceshtjen.

Shohim se vetëm spitali i Durrësit i ka përdorur 4 opioidet për dhimbjen kronike. Ndërkohë që spitali i Fierit nuk ka përdorur asnjë opioid për dhimbjen kronike.

**Tabela 31. Indikacionet e Përdorimit për Dhimbjen Akute**

Opioidet	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastër	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër	Total
Tramadol injeksion	X	X	-	-	X	X	X (515)	X	-	-	X	7/9 (77%)
Morphine injeksion s/c	X	X	X	-	-	X	-	X	-	-	-	5/9 (55%)
Fentanyl injeksion	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1/9 (11%)
Petidine injeksion	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1/9 (11%)
Totali per spital	3	2	2	0	1	2	1	2	-	-	1	

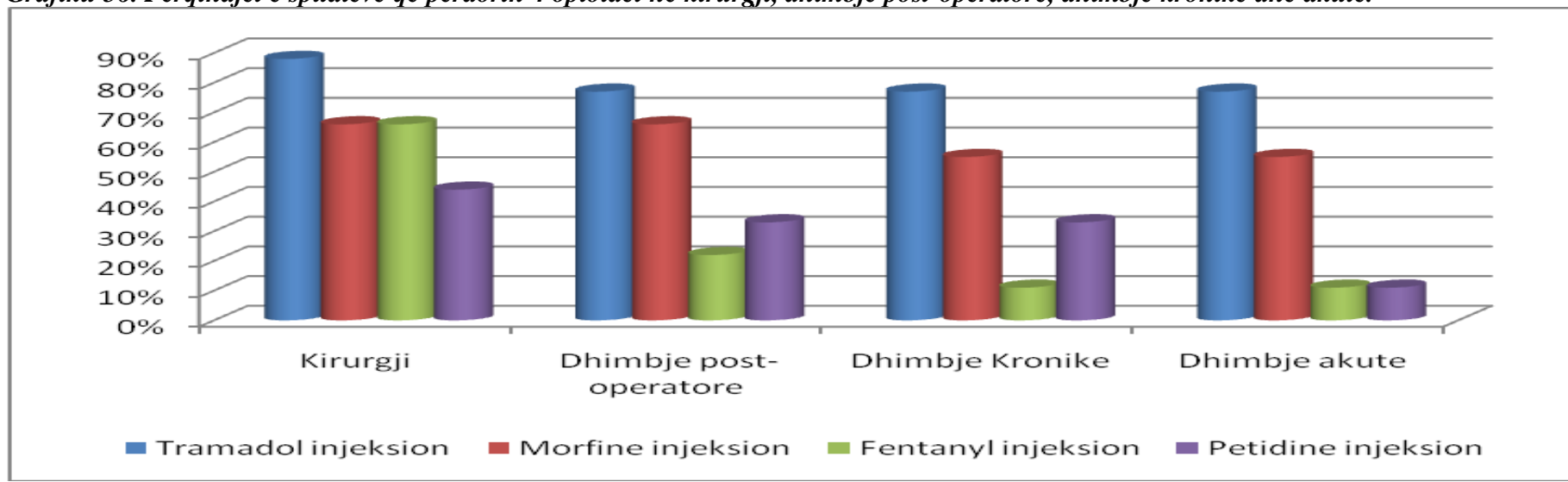
Shënim: Shkodra dhe Kukësi nuk kanë pasqyruar asnje të dhënë lidhur me këtë çështje.

Në tabelën 31 shihet se Tramadoli injeksion është sërish opioidi më i përdorur edhe për dhimbjen akute. Ai përdoret për këtë shkak në 7 nga 9 spitalet që kanë raportuar. Morfina renditet e dyta, e përdorur për dhimbjen akute në 5 nga 9 spitalet rajonale. Fenatyl injeksion dhe Petidinë injeksion përdoren vetëm në 1 nga 9 spitale.

Sërish, vërejmë se Durrësi përdor më shumë forma opioidesh edhe për dhimbjen akute. Spitali i Durrësit përdor 3 të tilla. Spitali i Fierit nuk përdor asnjë opioid për dhimbjen akute; ndërsa spitalet e tjerë përdorin 1 ose 2 opioide.

Në grafikun 56 paraqitet se sa përqind e 9 spitaleve rajonale i përdorin secilin nga 4 opioidet në secilin aplikacion.

**Grafiku 56. Përqindjet e spitaleve që përdorin 4 opioidet në kirurgji, dhimbje post-operatore, dhimbje kronike dhe akute.**



**Tabela 32. Disponueshmëria në Teste dhe Diagnostika laboratorike e spitaleve rajonale**

Artikulli	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër	Total
Analize urine	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Analize e feceve	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	6
Numerimi i Gjakut Komplet	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Grupi i gjakut	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	9
Hemoglobina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Hematokriti	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	10
Proteina ne urine	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Citologjia e Pap testit	0	0	0	1	0	-	0	0	1	-	0	2
Analiza e gjakut okult ne fece	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	5
Analiza Gram Stain (per ndarjen e baktereve ne Gram + ose Gram -)	0	0	0	0	0	-	1	0	-	1	0	2
Analiza per TB ne peshtyme	0	0	0	1	0	-	1	0	-	1	1	4
Nivelet e glukozes ne serum	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Hemoglobina e glukozuar A1C	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	6
Testi i kreatinines ne serum	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Elektrolitet	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	7
Enzimata e zembrës (troponina, creatin-kinasa kardiake)	1	0		0	0	0	0	1	-	1	0	3
Testet e funksionit te melcise	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Testi i Hepatitit B	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	7
Kultura dhe ndjeshmëria bakteriale	1	0	0	0	0	1	1	0	1	-	1	5
Kolesteroli	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Kolesterol (fraksionet LDL, HDL, VLDL)		1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	9
Trigliceridet	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Proteina C reaktive (PCR)	1	1	1	1	0	0	1	0	-	0	0	5
Testi i Sifilizit	1	0	0	0	1	-	0	0	-	0	1	3
Testimi per HIV - Testi i shpejte	1	0	0	0	1	-	1	0	1	1	1	6

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Mikroskop	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Centrifuge	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
Sterilizator	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
Ngjyrimi acid	0	0	1	0	1	1	1	1	1	-	1	7

Konstatohet në tabelën 32 se:

- Analiza e urinës realizohet në të gjithë spitalet rajonale.
- Analiza e feceve realizohet vetëm në 6 spitale rajonale.
- Numërimi i gjakut komplet realizohet në të gjithë spitalet rajonale.
- Grupi i gjakut realizohet në 9 spitale rajonale. Nuk realizohet në Elbasan dhe ne Korçë.
- Hemoglobina realizohet në të gjithë spitalet rajonale.
- Hematokriti realizohet në 10 spitale. Nuk realizohet në Lezhë.
- Proteina në urinë realizohet në të gjithë spitalet rajonale.
- Citologjia e Pap testit realizohet vetëm në 2 spitale rajonale, në Fier dhe Shkodër.
- Analiza e gjakut okult në fece realizohet në 5 spitale rajonale, të përshkruar në tabelë.
- Analiza Gram Stain realizohet vetëm në 2 spitale rajonale, në Gjirokastrë dhe Kukës.
- Analiza për TB në pështymë realizohet në 4 spitale rajonale.
- Nivelet e glukozës në serum realizohet në të gjithë spitalet rajonale.
- Hemoglobina e glukozuar A1C realizohet në 6 spitale rajonale.
- Testi i kreatininës në serum realizohet në të gjithë spitalet rajonale, me përjashtim të Elbasanit.
- Elektrolitet realizohet në 7 nga 11 spitalet rajonale.
- Enzimat e zëmrës reanalizohet në 3 spitale rajonale (Durrës, Lezhë dhe Kukës).
- Testet e funksionimit të mëlcisë realizohen në të gjitha spitalet rajonale.
- Testet e Hepatitit B realizohen në 7 spitale rajonale.

- Kultura dhe ndjeshmëria bakteriale realizohet në 5 spitale rajonale.
- Kolesterolit realizohet në të gjitha spitalet rajonale.
- Kolesterolit (fraksionet LDL, HDL, VLDL) realizohet në 9 spitale rajonale. Nuk realizohet në Durrës dhe Dibër.
- Trigliceridet realizohet në të gjitha spitalet rajonale.
- Proteina C reaktive realizohet në 5 spitale rajonale.
- Testi i Sifilizit realizohet në 3 spitale rajonale (Durrë, Vlorë dhe Dibër).
- Testi i shpejtë për HIV realizohet në 6 spitale rajonale.

Në tabelë shohim gjithashtu se:

- Mikroskop kanë të gjithë spitalet rajonale.
- Centrifug kanë të gjithë spitalet rajonale.
- Sterilizator kanë të gjithë spitalet rajonale me përjashtim të Elbasanit.
- Ngjyrim acid kanë 7 spitale rajonale.

**Tabela 33. Disponueshmëria e Shërbimeve të Imazherisë sipas Rajoneve**

Shërbimi i Imazherisë	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Radiologji	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EKO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Skaner CT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Rezonancë Magnetike	X	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-

Në tabelën 33 tregohet se të gjitha spitalet rajonale disponojnë Radiologji, EKO dhe Skaner CT. Ndërsa, Rezonanca Magnetike disponohet vetëm në spitalin rajonal të Durrësit dhe të Vlorës.

**Tabela 34. Disponueshmëria e Laboratorëve sipas Rajoneve**

Laboratorë	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Laboratori Klinik Biokimik	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Laboratori Bakteriologjik	X	-	-	-	-	X	X	-	X	-	-

Në tabelën 34 tregohet se të gjithë spitalet rajonale kanë Laborator Klinik Biokimik; ndërsa Laboratorë Bakteriologjik kanë vetëm spitalet e Durrësit, Beratit, Gjirokastrës dhe Shkodrës.

**Tabela 35. Kohëzgjatja e Aksesimit të Shërbimeve të Imazherisë sipas Rajoneve (orë në ditë)**

Shërbimi i Imazherisë	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Radiologji		24	24	24	16	24	24	24	24	24	24
EKO		24	24	8	8	24	6	24	24	24	24
Skaner CT		24	24	8	8	8	24	24	24	24	24



VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Rezonancë Magnetike		-	-	-	8	-	-	-	-	-	-
------------------------	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nuk janë raportuar të dhëna rreth kësaj çështjeje nga spitali rajonal i Durrësit.

Në tabelën 35 vihet re se Radiologjia është e aksesueshme 24 orë në ditë në të gjitha spitalet rajonale, me përjashtim të Vlorës, ku është 16 orë në ditë.

EKO është e aksesueshme 24 orë në ditë në 7 nga 10 spitalet që kanë raportuar mbi këtë të dhënë. Në Fier dhe në Vlorë EKO është e aksesueshme vetëm 8 orë në ditë. Në Gjirokastrë 6 orë në ditë.

Skaneri CT është i aksesueshëm 24 orë në ditë në 7 nga 10 spitalet rajonale që kanë raportuar mbi këtë të dhënë. Në Fier, Vlorë dhe Berat ai është i aksesueshëm 8 orë në ditë.

Rezonanca Magnetike e disponuar vetëm në Durrës dhe Vlorë, aksesohet në Vlorë gjatë 8 orëve në ditë, ndërkohë që spitali i Durrësit nuk ka raportuar mbi këtë çështje.

**Tabela 36. Kohëzgjatja e Aksesimit të Laboratorëve sipas Rajoneve (orë në ditë)**

Laboratorë	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Laboratori Klinik Biokimik		24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
Laboratori Bakteriologjik		-		-	-	8	8	-	8	-	-

Nuk janë raportuar të dhëna rreth kësaj çështjeje nga spitali rajonal i Durrësit.

Në tabelën 36 shihet se në të gjitha spitalet rajonale aksesimi i Laboratorit Klinik Biokimik është 24 orë në ditë; ndërsa aksesimi i Laboratorit Bakteriologjik (në spitalet që e disponojnë) është 8 orë në ditë.

**Tabela 37. Numri i analizave në ditë në Shërbimet e Imazherisë sipas Rajoneve**

Shërbimi i Imazherisë	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Radiologji	48	11	504	60	60	70	-	20	-	-	60
EKO	54	12	35	20	10	20	30	13	-	-	50
Skaner CT	8	2	5		4	1	3	1	-	-	6
Rezonancë Magnetike	3	-	-	-	4	-	-	-	-	-	

Nuk janë raportuar të dhëna rreth kësaj çështjeje nga spitali rajonal i Shkodrës dhe i Kukësit.

Shihet në tabelën 37 se në shërbimin e Radiologjisë realizohen nga 11 vizita (në Elbasan) në 504 vizita (në Korçë). Në rrethet e tjera realizohen mesatarisht nga 20 deri në 70 vizita në ditë.

**Tabela 38. Numri i Analizave në Ditë në Laboratore sipas Rajoneve**

Laboratorë	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër
Laboratori Klinik Biokimik	666	296	450	540	530	150	286	600	-	450	-
Laboratori Bakteriologjik	20	-	-	-	-	8	10	-	-	-	-

Nuk janë raportuar të dhëna rreth kësaj çështjeje nga spitali rajonal i Shkodrës dhe i Dibrës.

Në tabelën 38 shihet se numri i analizave që realizohen në ditë në Laboratorin Klinik Biokimit të cdo spitali rajonal shkon nga 150 analiza në ditë në spitalin e Beratit, në 666 analiza në ditë në spitalin e Durrësit.

Në Laboratorin Bakteriologjik të spitaleve rajonale që e disponojnë numri ditor i analizave është 8 në Berat; 10 në Gjirokastrë dhe 20 në Durrës.

**Tabela 39. Tregues infrastrukture**

Tregues infrastrukture	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër	Total
Energji e vazhduar	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	10/10
Burim tjetër energjie	x gjenerator	X	-	X	-	X	X	-	X		X	7/10
Ujë, Ngrohtë/ftohtë përdorime	X	-	X	X	X	X	X	X	X		X	9/10
Nr shtretërve për dhoma	(2+4+6)		≠	1,2,3,4	1,2,3,4	2-5	2	-	3		4	1 – 6
Tualet në dhoma	X		X	-	X	-	X	X	X		X	7/10
Shërbim i kuzhinës	katering		X	X	X	X	X	-	X		X	8/10
Shërbimi i lavanderisë	X		X	X	X	X	X	-	X		X	8/10

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

Frigorifer	X		X	X	X	X	X	X	X		X	9/10
Gjenerator rryme	X		X	X	X	X	X	X	X		X	9/10
Nr i autoambulancave	7		11	6	10	1	5	5	-		7	1 – 11

Nuk janë raportuar të dhëna rreth kësaj çështjeje nga spitali rajonal i Kukësit.

Nga tabela 39 shohim se:

- Energji të vazhduar kanë të gjitha spitalet rajonale.
- Burim tjetër energjie kanë 7 nga spitalet që kanë raportuar. Mungon në Korçë, Vlorë dhe Lezhë.
- Ujë pa ndërprerje kanë të gjitha spitalet rajonale. Përveç Kukësit, nuk janë raportuar të dhëna as nga spitali i Elbasanit.
- Numri i shtretërve në dhoma varion nga 1 në 6.
- Tualet në dhoma kanë 7 spitale rajonale. Mungon në spitalin e Fierit dhe Beratit. Përveç Kukësit, nuk janë raportuar të dhëna as nga spitali i Elbasanit.
- Shërbimi i kuzhinës disponohet nga 8 spitale rajonale. Mungon në spitalin e Lezhës. Përveç Kukësit, nuk janë raportuar të dhëna as nga spitali i Elbasanit.
- Shërbimi i lavanterisë ekziston në 8 spitale rajonale. Mungon në spitalin e Lezhës. Përveç Kukësit, nuk janë raportuar të dhëna as nga spitali i Elbasanit.
- Frigorifer disponohet në të gjitha spitalet rajonale. Përveç Kukësit, nuk janë raportuar të dhëna as nga spitali i Elbasanit.
- Gjenerator rryme disponohet në të gjitha spitalet rajonale. Përveç Kukësit, nuk janë raportuar të dhëna as nga spitali i Elbasanit.
- Sipas raportimeve të spitaleve, të paraqitura në tabelën 39, numri i autoambulancave të disponuara nga çdo spital varion nga 1 (në Berat) në 11 (në Korçë). Mungon në Shkodër. Përveç Kukësit, nuk janë raportuar të dhëna as nga spitali i Elbasanit.

**Tabela 40. Tregues të informacionit, statistikave**

Tregues të	Durrës	Elbasan	Korçë	Fier	Vlorë	Berat	Gjirokastrë	Lezhë	Shkodër	Kukës	Dibër	Totali
------------	--------	---------	-------	------	-------	-------	-------------	-------	---------	-------	-------	--------

VLERËSIMI I AFTËSIVE DHE KAPACITETEVE TË SPITALEVE RAJONALE PËR TË OFRUAR SHËRBIM TË KUJDESIT PALIATIV

informacionit												
Statistika të rregullta	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	10/10
Rishikim periodik i tyre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	10/10
Mbajtje me shkrim i të dhënave, kartelave, statistikave	1	1	1	1	1	1	1	1	1	-	1	10/10
Sistem kompjuterik i kartelave	1 pjeshem	-	-	-	1	1	0	0	1	-	0	4/10
Sistem kompjuterik i të dhënave, statistikave	1	1	1	1	0	0	0	0	1	-	1	6/10

1. Nuk janë raportuar të dhëna rreth kësaj çështjeje nga spitali rajonal i Kukësit.
2. Më '1' është raportuar prezenca e sistemit dhe me '0' mungesa e tij.

Sic tregohet edhe në tabelën 40, të gjithë spitalet rajonale që kanë raportuar mbi këtë seksion të dhënash kanë statistika të rregullta, rishikim periodik të tyre dhe mbajtje me shkrim të të dhënave, kartelave, statistikave.

Sistemi kompjuterik i kartelave ekziston në 4 spitale rajonale: në Durrës (i pjesshëm), në Vlorë, Berat (kartelat rregjistrohen në formën elektronike në softin e koston të instauruar nga ISKSH), dhe Shkodër.

Sistemi kompjuterik i të dhënave, statistikave ekziston në 6 spitale rajonale: në Durrës, Elbasan, Korçë, Fier, Shkodër dhe Dibër.

## Konkluzione

### 1. Njohuritë dhe qendrimet e stafit mjekësor ndaj kujdesit paliativ për të sëmurët terminal me kancer sipas faktorëve socio-demografikë dhe profesionalë.

1.1 Pak më shumë se gjysma e subjekteve kanë informacion të saktë nëse kanceri është një sëmundje e shërueshme ose jo. Pasi nga ekspertët e fushës pohoet se disa lloje të kancerit janë plotësisht të shërueshme nëse diagnostikohen herët dhe disa të tjera mjaft mirë të trajtueshme nëse, gjithashtu, diagnostikohen herët.

- Më konkretisht, 54% janë pjesërisht dakort me mendimin se kanceri është një sëmundje e shërueshme. 17% e tyre janë të pavendosur nëse kanceri është një sëmundje e shërueshme dhe pothuaj 10% e tyre nuk janë të mendimit se kanceri është një sëmundje e shërueshme.

*Subjektet në varësi të rajonit, profesionit dhe specialitetit ndajnë mendime të ndryshme, në lidhje me mundësinë e shërimit ose jo të kancerit,*

- Vërehet se  $\frac{3}{4}$  e subjekteve në rajonet e Fierit dhe Dibrës kanë informacion të pasaktë në lidhje me mundësinë e shërimit të kancerit. Ata mendojnë që kanceri është një sëmundje krejtësisht e pashërueshme.  $\frac{1}{3}$  e subjektet në Tiranë kanë informacion të saktë në lidhje me informacionin mbi shërueshmërinë e kancerit. Ndërkohë në rajonet e Beratit, Gjirokastrës dhe Shkodrës, nuk kemi asnjë subjekt që mendon se kanceri nuk është aspak sëmundje e shërshueshme.
- Profesionit është një variabël që ndikon në saktësinë e informacionit nëse kanceri është një sëmundje e shërueshme. Mjekët kanë nivel më të saktë informacioni në krahasim me infermierët përsa i përket mendimit nëse kanceri është një sëmundje e shërueshme.
- Gjithashtu specialiteti është një variabël tjetër që ndikon në saktësinë e informacionit. Mjekët gjinekologë dhe ata onkologë në krahasim me specialistët e tjerë të mjeksisë janë të mendimit se kanceri është një sëmundje e shërueshme. Kjo mund të lidhet me faktin e karakteristikave të pacientëve dhe patologjive për të cilat ata mbulojnë, pasi për shembull edhe me statistika dhe tipologji kanceri i qafës së mitrës është krejtësisht i kurueshëm nëse diagnostikohen në fazat fillestare. Ndërsa asnjë subjekt nga mjekët internist dhe anesteziat nuk janë krejt apo pjesërisht dakort që kanceri është sëmundje e shërueshme.

1.2 Më shumë se gjysma e subjekteve kanë njohuri të mira përsa i përket numrit të terapive për trajtimin e kancerit, por ata janë të përqendruar vetëm në katër rajone përkatësisht në Tiranë, Vlorë, Kukës dhe Elbasan. Ndërsa mbi 75% e punonjësve të spitaleve të Tiranës, Vlorës dhe Kukësit mendojnë si formë trajtimi të treja opsionet e mjekimit të kancerit. Më shumë se gjysma e punonjësve të Elbasanit, gjithashtu besojnë tek të treja format e trajtimit të kancerit. Ndërkohë më shumë se gjysma e subjekteve në rajonet e

Beratit, Dibrës Durrësit, Fierit, Gjirokastrës, Shkodrës, Korcës dhe Lezhës nuk kanë informacion të saktë në lidhje me alternativat e trajtimit të kancerit.

Ndërsa më pak se gjysma e mjekëve dhe infermierëve të 8 nga 12 rajonet nuk mendojnë se kanceri mund të mjekohet nga të treja opsionet (kirurgji, radioterapi dhe kimioterapi.

75% e mjekëve kanë nivel të saktë informacioni përse i përket opsioneve të trajnimit krahasuar me 38.4% të infermierëve. Sipas profesioneve nga mjekët dallojnë anesteziistët, onkologët, pediatriët dhe kirurgët. Ndërsa edhe për infermierët ato të specializuara në kirurgji dhe reanimacion kanë nivel më të lartë dhe saktë informacioni.

1.3 Një përqindje e lartë e subjekteve, 75% e tyre, pavarësisht moshës, eksperiencës në punë dhe profesionit mendojnë se literatura e kujdesit paliativ në gjuhën shqipe është fare pak e mjaftueshme.

1.4 Më shumë se  $\frac{3}{4}$  e subjekteve nuk anë informacion të saktë në lidhje me specialistin që duhet t'iu ofroj shërbim pacientëve terminalë. Duket sikur ata e atashojnë të sëmurin terminal vetëm me diagnozën e kancerit dhe si rrjedhojë gjykojnë se ky pacientë është përgjegjësi e mjekut onkolog.

Sipas pjesës dërrmuese të profesionistëve të spitaleve (me dallime të vogla sipas gjinisë, profesionit dhe specialitetit) i sëmuri terminal duhet të ndiqet nga mjeku onkolog. Një përqindje e vogël ndajnë mendimin ndërmjet mjekut të përgjithshëm apo një mjeku tjetër. Gati  $\frac{1}{3}$  e subjekteve në 9 nga 12 rajone mendojnë se pacienti terminal duhet të ndiqet nga mjeku onkologë. Pothuajse  $\frac{1}{2}$  e subjekteve në dy rajone (Shkodra dhe Vlora) mendojnë se duhet të ndiqet nga mjeku onkolog dhe  $\frac{3}{4}$  e subjekteve në spitalin e Kukësit mendojnë se pacienti terminal duhet të ndiqet nga mjeku onkolog.

1.5 Më shumë se  $\frac{3}{4}$  e subjekteve pavarësisht rajonit, moshës, profesionit apo specialitetit mendojnë se kancerit dhe të sëmurit terminal nuk i është dhënë rëndësia dhe vëmendja e duhur nga organizmat kompetente.

1.6 Në përqindje të lartë subjektet (pa dallime nga gjinia, profesioni, specialiteti dhe rajoni) kanë raportuar se kanë informacion dhe e dinë se çfarë është mjekësia paliative.

1.7 Një përqindje e lartë e profesionistëve kanë njohuri për shkallën analgjezike, kjo me dallime sipas rajonit, profesionit dhe specialitetit.

- Mbi 80% e subjektet kanë njohuri mbi shkallën analgjezike të përqendruar kryesisht së pari në rajonin Tiranës, Beratit, Durrësit, Dibër, Kukës, dhe Korcë. Ndërsa 50% e subjekteve në rajonet e mbetura kanë njohuri për shkallën analgjezike.
- Infermierët në krahasim me mjekët kanë më shumë njohuri në lidhje me shkallën analgjezike.
- Të gjithë subjektet mjekë onkologë dhe anesteziistë si dhe infermieret e pavioneve dhe të onkologjisë pohojnë se kanë njohuri për shkallën analgjezike.



Ndërkohë që gati 50% e subjekteve mjekë peditër dhe mjek të urgjencave kanë njohuri për shkallën analgjezike.

- 1.8 Profesionistët e spitalevet kanë njohuri të kënaqshme në lidhje me vendodhjen e shërbimit shëndetësor për pacientin terminal. Por ka dallime sipas rajoneve dhe profesioneve. Mjekët raportojnë të dhëna më të sakta në krahasim me infermierët në lidhje me vendndodhjen e shërbimit të pacientit terminal.
- 1.9 Mbi 50% e subjekteve kanë njohuri të sakta mbi problematikat (fizike, psikologjike, sociale dhe ekonomike) që ka pacienti terminal, me dallime sipas rajonit, profesionit dhe specialitetit. Mbi 75% e prioritojnë problemet fizike dhe psikologjike në krahasim me ato sociale dhe ekonomike.
- Mbi 50% e subjekteve në rajonet e Elbasanit, Gjirokastrës, Kukësit, Vlorës dhe Tiranës kanë përzgjedhur të katërt alternativat e problemeve që shoqërojnë pacientin.
  - Ndërsa mjekët në krahasim me infermierët janë më të saktë në lidhje me problemet e pacientëve terminalë.
- 1.10 mbi 90% e subjekteve janë të mendimit se pacientit terminal duhet tu rimbursohen plotësisht medikamentet dhe më shumë se 80% e tyre raportojnë se pacientit i duhet komunikuar diagnoza.

## **2. Niveli i konsumimit profesional i stafit mjekësor.**

- 2.1 Fenomeni i konsumimit profesional nuk përbën një problem për profesionistët e shëndetësisë në shërbimin spitalor:  
Rreth 73% e stafit mjekësor raportojnë nivel të ulët të konsumimit profesional; 12 % raportojnë nivel mesatar të konsumimit profesional dhe rreth 7.9 % e këtyre profesionistëve raportojnë nivel të lartë të konsumimit profesional.  
Kjo situatë është favorizues dhe mbështetës për iniciativën e përfshirjes së stafit të shërbimit spitalor në fushën e kujdesit paliativ, ku gjasat për të rekrutuar staf që vuajnë nga sindroma e konsumimit profesional është 7.5 %. Gjithsesi kandidatët e mundshëm mund të kalojnë edhe një hertë testin e nivelit të konsumimit profesional përpara se ata të caktohen për të punuar në ekipin e kujdesit paliativ.
- 2.2 Meshkujt në krahasim me femrat kanë nivel më të lartë të konsumimit profesional sidomos për komponentin e rraskapitjes emocionale, dhe më pas atë të depersonalizimit dhe përmbushjes profesionale.
- 2.3 Ndërkohë që profesionistët e grup moshës 50 – 59 vjec janë më shumë të prekur nga konsumimi profesional në krahasim me grup moshat e tjera. Ndërkohë që sipas specialistëve të fushës dhe gjetjeve të studimeve të ndryshme me rritjen e moshës ulët niveli i konsumimit profesional. Këto dy variabla tregojnë që është më e udhës që në

ekipin e kujdesit paliativ të përfshihen kryesisht grup moshat e reja dhe profesioniste femra si më të mbrojtura nga fenomeni i konsumimit profesional.

- 2.4 Profesionistët në spitalet rajonale të Fierit, Vlorës, Tiranës, Shkodrës dhe Beratit janë më shumë të konsumuar në raport me profesionistët në rajonet e Durrësit, Gjirokastrës dhe të Elbasanit.
- 2.5 Mjekët janë më të konsumuar në krahasim me infermierët. Dhe ndërmjet specialistëve, mjekët pediatër, onkologë, anesteziatë dhe ata në shërbimin e urgjencës janë shumë më të konsumuar në krahasim me mjekët e specialiteteve të tjera.
- 2.6 Profesionistët të cilët kanë më shumë se 15 vite punë në sistemin shëndetësor janë më të konsumuar në krahasim me profesionistët të cilët kanë më pak se 15 vite punë. Pra me rritjen e eksperiencës në punë rritet edhe niveli i konsumimit profesional.

### **3. Përshkrimi sasior i kapaciteteve dhe burimeve të spitaleve rajonale për mundësinë e integritit të kujdesit paliativ në shërbimin shëndetësor spitalor.**

- 3.1 Spitalet rajonale kanë një nivel të ulët të shfrytëzimit të shtratit.  $\frac{3}{4}$  e spitaleve rajonale e kanë nivelin e shfrytëzimit nën 50 %. Ndërsa  $\frac{1}{3}$  e tyre është në nivelin 50%.
- 3.2 Raporti i numrit të stafit me numrin e shtretërve varion nga 1.15 më i vogli në spitalin e Korçes deri në 2.06 në spitalin rajonal të Durrësit. Gjë që tregon për një mungesë standardi në raportin e numrit të shtretërve me numrin e personelit.
- 3.3 Raporti infermierë – mjekë varion nga 2.52 në spitalin e Elbasanit deri në 7.55 në spitalin e Dibrës. Ndërkohë që në rajonet e tjera ky raport varion rreth 3 infermierë me një mjekë.
- 3.4 Vërehet një mungesë e punonjësve të shërbimit psikosocial në shërbimin spitalor. Vetëm në 6 nga 11 rajonet ofrohet ky shërbim, por edhe në këto rajone me përjashtim të Shkodrës paraqitet tepër i kufizuar.
- 3.5 Ka një shpërndarje të luhatshme të shfrytëzimit të shtratit sipas pavioneve në spitalet rajonale. Në disa spitale pavioni me nivel më të lartë të shfrytëzimit të shtratit është pavioni i patologjisë me 96,9% në Elbasan dhe nivelin më të ulët në Berat me 21%. Ndërsa pavion tjetër me nivel të ulët të shfrytëzimit të shtratit mbetet infektiv i adult (aty ku ekziston si shërbim) nga 30.1% në Gjirokastrë në 7.3% në Elbasan
- 3.6 Personeli shëndetësor në spitalet rajonale është pothuaj aspak i trajnuar mbi kujdesin paliativ.

- 3.7 Përgjithësisht në spitalet rajonale disponohen pajisjet dhe furnizimet mjekësore bazë, për ti ofruar shërbim pacientëve terminal, por mund të ketë problematika në sasi dhe aksesin e tyre.
- 3.8 Disa mjete dhe pajisje të posaçme, të nevojshme në shërbimet e kujdesit paliativ si Deambulator, dyshek antidekubitus, sete paracenteze dhe torakocenteze, kolostoma urostoma dhe karroca mungojnë në të gjitha spitalet rajonale.
- 3.9 Pak më shumë se gjysma e medikamenteve esenciale të kujdesit paliativ mungojnë në 80% të spitaleve rajonale: 11 nga 34 medikamentet më esenciale të përdorura në kujdesin paliativ disponohen nga në të paktën 9 nga spitalet rajonale; 5 nga 34 medikamentet më esenciale të përdorura në kujdesin paliativ disponohen nga 6 nga 11 spitalet rajonale; 18 nga medikamentet e tjera të listës esenciale gjenden nga dy ose në asnjë spital rajonal.
- 3.10 Niveli i disponueshmërisë së opioideve në spitalet rajonale nuk paraqitet në nivele të kënaqshme. Vetëm 29% e tyre janë të disponueshme në 8 – 10 prej spitaleve rajonale.
- 3.11 Niveli i përdorimit të opioideve raportohet i ulët në spitalet rajonale (këtu i referohemi rastit për ato opioide që janë të disponueshme). Më konkretisht morfina injeksion përdoret nga 60 mg në Fier deri në 11730 në Korçë. Nëse krahasojmë këto të dhëna me pohimin e tyre të lartë për njohuritë e shkallës analgjezike mund të themi që personeli shëndetësor kanë vetëm njohje të shkallës së analgjezisë, por por mbajnë një qëndrim negativ në përdorimin e tyre.
- 3.12 Spitalet rajonale disponojnë teste laboratorike bazike dhe diagnostike të imazherisë, të nevojshme për shërbimin e kujdesit paliativ.

## Rekomandime

Rekomandimet në vijim janë bazuar në rezultatet dhe konkluzionet e mësipërme. Ndër të tjera për formulimin e rekomandimeve është marrë në konsideratë edhe inputi i ekspertëve të fushës së kujdesit paliativ dhe përfaqësuesve të Ministrisë si edhe niveli i disponueshmërisë dhe argumentit të drejtuesve të spitaleve rajonale. Gjithashtu disa nga rekomandimet bazohen nga minutat e takimit nga ëorkshopet dhe tavolinat e rrumbullakëta me përfaqësuesit e spitaleve dhe ekspertëve të fushës:

- Spitalet rajonale të përshtatshme për të iniciuar ofrimin e shërbimit të kujdesit paliativ janë: Spitali i Shkodrës, Fierit, Beratit, Elbansanit dhe Durrësit. Për shkak të numrit të ulët të shfrytëzimit të shtratit, numrit të lartë të pacientëve në nevojë të kujdesit paliativ, dhe të specifikave të tjera të cilat variojnë nga njëri rajon në tjetrin.
- Pavionet më të përshtatshme për ofrimin e shërbimit të kujdesit paliativ, duke u bazuar në nivelin e ulët të shfrytëzimit të shtratit rekomandohet të jenë: në Shkodër pavioni i patologjisë; në Fier, pavioni i infektivit adult ose i patologjisë; në Berat, pavioni i patologjisë; në Elbasan pavioni i infektivit adult; në Durrës, pavioni i patologjisë ose një ndër pavionet e tjera.
- Krijimi i mundësisë dhe kushteve të ekipit të kujdesit paliativ për të ofruar dhe shërbim në shtëpi. Si për shembull kur paraqitet e nevojshme përdorimi i auto-ambulancës, medikamentet e urgjencës, rregullimi i sistemit të referimit dhe mbështetja nga profesionistët e tjerë etj.
- Rritja e kapaciteteve të profesionistëve të shëndetësisë në spitalet rajonale në lidhje me çështjet e kujdesit paliativ. Për shkak të mungesës së pjesëmarrjes së tyre në aktivitete trajnuese mbi kujdesin paliativ. Temat e trajnimit nevojiten të jenë gjithëpërfshirëse dhe multidisiplinare si teorike ashtu edhe praktike, ku krahas prioritetit në temat mjekësore dhe infermieristike, të renditen edhe në çështjet e komunikimit të diagnozës, etikës në kujdes paliativ, komunikimit me pacientin dhe familjarët, teknikave për minimizimin e konsumimit profesional, dinamikat e punës në ekip etj.
- Rritja e disponueshmërisë së medikamenteve esenciale të kujdesit paliativ në spitalet rajonale, me fokus të vecantë të opioideve si medikamente bazë të këtoj shërbimi.
- Rritja e nivelit të njohurive dhe aftësisve të stafit shëndetësor mbi rëndësisinë dhe përdorimin e opioideve tek pacientët në spitalet rajonale.

- Krijimi i mundësive për disponueshmërinë e pajisjeve dhe mjeteve kryesore për ofrimin e shërbimit të kujdesit paliativ, kryesisht në spitalet rajonale të pilotuara.
- Krijimin e mundësisë së një kontrate me ISKSH, së mjekut të ekipit për të pasur të drejtën për të përshkruar receta për opioidet.
- Krijimi i një udhërrëfyese për mënyrën e funksionimit dhe organizimit të njësive të kujdesit paliativ të atashuar pranë spitaleve rajonale.
- Hartimi / krijimi i një mënyre/teknike për të realizuar supervizimin, monitorimin dhe vlerësimin e performancës së njësive të kujdesit paliativ.

## Shtojca