

University of Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Spring 6-2021

CILËSIA E JETËS TEK PACIENTËT ME DIABET TË TIPIT 2 NË REGJIONIN E GJILANIT

Lindita Rexhepi Ramadani

Follow this and additional works at: <https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd>



Part of the [Medical Sciences Commons](#), and the [Nursing Commons](#)



Kolegji UBT

Fakulteti Infermierisë

**TEMA: CILËSIA E JETËS TEK PACIENTËT ME DIABET TË TIPIT 2 NË
REGJIONIN E GJILANIT**

Shkalla Bachelor

Lindita Rexhepi Ramadani

Qershor/2021/Prishtinë



Kolegji UBT

Fakulteti Infermierisë

Punim diplome

2019/2020

Lindita Rexhepi Ramadani

TITULLI I TEMËS

**CILËSIA E JETËS TEK PACIENTËT ME DIABET TË TIPIT 2 NË
REGJIONIN E GJILANIT**

Mentore: Linda Carkaxhiu MD, PhD

Qershor/ 2021

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të pjeshme për Shkallë
Bachelor

ABSTRAKTI

Diabeti është një sëmundje kronike që kërkon kujdes të vazhdueshëm mjekësor dhe edukim të pacientit për vetë-menaxhimi për të parandaluar komplikimet akute dhe për të zvogëluar rrezikun e komplikimeve afatgjata. Kujdesi ndaj diabetit është kompleks dhe kërkon që të adresohen shumë çështje, përtej kontrollit glikemik. Qëllimi i këtij hulumtimi është matja e cilësisë së jetës së personave me diabet të tipit 2. Përmes të dhënave të mbledhura do të synohet të paraqitet një pasqyrë e cilësisë së jetës së personave me diabet të tipit 2. Në studimin e realizuar kanë marrë pjesë 50 pacientë me diabet të tipit 2, të cilët janë të shtrirë në repartin e Internos në Spitalin Rajonal të Gjilanit, tek të cilët përmes pyetësorit janë mbledhur të dhëna për matjen e cilësisë së jetës së tyre. Nga rezultatet shohim se rreth 2/3 e pacientëve me diabet të tipi 2, e shohin cilësinë e jetës së tyre si të mirë. Për këtë hulumtim është përdorur pyetësori “WHOQOL-BREF– i krijuar nga (WHO, 1996) i cili përmban 12 pyetje dhe matë 4 dimensione të cilësisë së jetës: shëndetin fizik, psikologjik, mardhëniet shoqërore dhe ambientin. Duke u bazuar në rezultate shohim se përqindja më e madhe e përgjigjeve të pacientëve rreth cilësisë së jetës së tyre është: të mirë (72%), pastaj as të dobët as të mirë (14%), shumë të dobët (10%), të dobët (2%) dhe shumë të mirë (2%). Me këtë rezultat vërtetohet hipoteza e parë e ngritur se pacientët e vlerësojnë cilësinë e jetës së tyre si të mirë.

Fjalët kyçe: cilësia, pacientët, shërbimet

MIRËNJOHJE/FALENDERIME

Këto vite ishin përplot angazhim, përkushtim, punë dhe sfida për titullin që do të marr sot. Falenderimi im për çdo person që kontriboi për mundësimin e arritjes së këtij qëllimi nuk do të ketë fund asnjëherë. Fillimisht dua të falenderoj më të çmuarën familje, pa ju asnjëherë nuk do të ishte e mundur kjo dhe asnjëherë nuk do e përjetoja ditën e sotme. Gjithashtu një falenderim të veçantë e meritojnë stafi i Kolegjit UBT dhe të gjithë profesorët, që diturinë e tyre e ndanë bashkë me ne pa asnjë mangësi.

PËRMBAJTJA

1. HYRJA.....	1
1.1. Klasifikimi i diabetit	2
1.2. Menaxhimi i personave me diabet	2
2. SHQYRTIMI I LITERATURËS	3
2.1. Qëllimi i studimit	8
2.2. Pyetja hulumtuese	8
2.3. Hipotezat	8
3. DEKLARIMI I PROBLEMIT	9
4. METODOLOGJIA	10
4.1. Pjesëmarrësit.....	10
4.2. Instrumenti	11
4.3. Procedura	11
5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE.....	12
6. KONKLuzionET DHE REKOMANDIMET	17
6.1. Konkluzionet.....	18
6.2. Rekomandimet	19
7. REFERENCAT.....	20
SHTOJCA.....	22

1. HYRJA

Diabeti është një sëmundje kronike që kërkon kujdes të vazhdueshëm mjekësor dhe edukim të pacientit për vetë-menaxhimi për të parandaluar komplikimet akute dhe për të zvogëluar rrezikun e komplikimeve afatgjata. Kujdesi ndaj diabetit është kompleks dhe kërkon që të adresohen shumë çështje, përtej kontrollit glikemik. Ekziston një dëshmi e madhe që mbështet një sërë ndërhyrjesh për të përmirësuar rezultatet e diabetit. Këto standarde të kujdesit kanë për qëllim të ofrojnë mjekë, pacientë, hulumtues, pagues dhe persona të tjerë të interesuar me komponentët e kujdesit të diabetit, qëllimet e trajtimit dhe mjetet për të vlerësuar cilësinë e kujdesit.

Rekomandimet e përfshira janë veprimet diagnostike dhe terapeutike që janë të njohura ose besohet se ndikojnë pozitivisht në rezultatet e shëndetit të pacientëve me diabet. Një sistem i klasifikimit, i zhvilluar nga Shoqata Amerikane e Diabetit (ADA) dhe modeluar sipas metodave ekzistuese, u përdor për të sqaruar dhe kodifikuar provat që përbëjnë bazën për rekomandimet (Skyler, 1998).

Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) dhe Federata Ndërkombëtare e Diabetit (IDF) kanë parashikuar që numri i rasteve të diabetit do të rritet në 366 milionë deri në vitin 2030, një rritje prej 214% krahasuar me vitin 2006. Diabet mellitus (DM) shoqërohet me ndërlikime të shumta mjekësore që zvogëlojnë cilësinë e jetës shëndetësore dhe kontribuojnë në funksionimin suboptimal fizik dhe mendor dhe vdekshmërinë e mëparshme (Ayman, Hayek, 2013). Sëmundjet koronare të zemrës, depresioni dhe zakonet e të ushqyerit në formë jo adekuate, kanë efekte të rëndësishme negative në cilësinë e jetës së pacientëve me Diabet mellitus (Cong, Zhao, Xu, Zhong, Xing, 2012).

1.1. Klasifikimi i diabetit

Në vitin 1997, ADA lëshoi kritere të reja diagnostikuese dhe klasifikim të ri. Klasifikimi i diabetit mellitus përfshin katër klasa klinike:

- Diabeti i tipit 1 (rezultatet nga shkatërrimi i qelizave β , zakonisht që çojnë në mungesë absolute të insulinës).
- Diabeti i tipit 2 (rezultatet nga një defekt sekretor të insulinës progresive në sfondin e rezistencës së insulinës).
- Llojet e tjera të veçanta të diabetit (për shkak të shkaqeve të tjera, p.sh, defekteve gjenetike në funksionimin e qelizave β , defekteve gjenetike në veprim të insulinës, sëmundjeve të pankreasit ekzokrinë, drogës).
- Diabetes mellitus gestacional (GDM) (e diagnostikuar gjatë shtatzënisë) (*Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2003*).

1.2. Menaxhimi i personave me diabet

Njerëzit me diabet duhet të marrin kujdes mjekësor nga një ekip i koordinuar nga mjeku. Ekipet e tilla mund të përfshijnë, por nuk kufizohen vetëm në mjekë, infermierë, nutricionistë, farmacistë dhe profesionistë të shëndetit mendor me ekspertizë dhe një interes të veçantë për diabetin. Është thelbësore në këtë qasje bashkëpunuese dhe të integruar të ekipit, që individët me diabet të marrin një rol aktiv në kujdesin e tyre.

Plani i menaxhimit duhet të formulohet si një aleancë terapeutike individuale midis pacientit dhe familjes, mjekut dhe anëtarëve të tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor. Çdo plan duhet të njohë edukimin vetë-menaxhues të diabetit si një komponent integral të kujdesit. Në zhvillimin e planit, duhet t'i kushtohet vëmendje moshës, shkollimit, orarit dhe kushteve të punës së pacientit, aktivitetit fizik, mënyrës së të ngrënit, situatës sociale dhe personalitetit, faktorëve kulturorë dhe prezencës së komplikacioneve të diabetit ose kushteve të tjera mjekësore (*American Diabetes Association, 2003*).

Qëllimet e trajtimit duhet të vendosen së bashku me ekipin e pacientit, familjes dhe kujdesit shëndetësor. Vetë-menaxhimi i pacientëve duhet të theksohet dhe plani duhet të theksojë përfshirjen e pacientit në zgjidhjen e problemeve sa më shumë që të jetë e mundur. Një sërë strategjish dhe teknikash duhet të përdoren për të siguruar arsim adekuat dhe zhvillim të aftësive për zgjidhjen e problemeve në aspekte të ndryshme të menaxhimit të diabetit. Zbatimi i planit të menaxhimit kërkon që çdo aspekt të kuptohet dhe të miratohet nga pacienti dhe ofruesit e kujdesit dhe se qëllimet dhe plani i trajtimit janë të arsyeshme (*American Diabetes Association, 2003*).

2. SHQYRTIMI I LITERATURËS

Cilësia e jetës është një rezultat i rëndësishëm shëndetësor më vete, që përfaqëson qëllimin përfundimtar të të gjitha ndërhyrjeve shëndetësore. Ky punim rishikon literaturën e botuar, në gjuhën angleze, mbi cilësinë e jetës së vetë-perceptuar midis personave me diabet. Cilësia e jetës matet si funksionim fizik dhe shoqëror, dhe mirëqenia e perceptuar fizike dhe mendore. Njerëzit me diabet kanë një cilësi më të keqe të jetës sesa njerëzit pa sëmundje kronike, por një cilësi më të mirë të jetës sesa njerëzit me shumicën e sëmundjeve të tjera serioze kronike. Kohëzgjatja dhe lloji i diabetit nuk shoqërohen vazhdimisht me cilësinë e jetës. Trajtimi intensiv nuk dëmton cilësinë e jetës, dhe të kesh kontroll më të mirë të glikemisë shoqërohet me cilësi më të mirë të jetës. Komplikimet e diabetit janë përcaktuesi më i rëndësishëm specifik i sëmundjes së cilësisë së jetës. Faktorë të shumtë demografikë dhe psikosocialë ndikojnë në cilësinë e jetës dhe duhet të kontrollohen kur krahasoni nëngrupet. Studimet e ndërhyrjeve klinike dhe arsimore sugjerojnë që përmirësimi i gjendjes shëndetësore të pacientëve dhe aftësia e perceptuar për të kontrolluar sëmundjen e tyre rezulton në përmirësimin e cilësisë së jetës. Metodologjikisht, është e rëndësishme të përdoren vlerësime shumëdimensionale të cilësisë së jetës dhe të përfshihen si masat gjenerike ashtu edhe ato specifike të sëmundjeve. Masat e cilësisë së jetës duhet të përdoren për të drejtuar dhe vlerësuar ndërhyrjet në trajtim (Rubin, Peyrot, 1999).

Njerëzit me diabet shpesh ndihen të sfiduar nga sëmundja e tyre dhe kërkesat e saj të menaxhimit të përditshëm. Dhe këto kërkesa janë thelbësore. Pacientët duhet të merren me diabetin e tyre gjatë gjithë ditës, çdo ditë, duke marrë vendime të panumërta në një përpjekje shpesh të kotë për të përafuar gjendjen metabolike jo-diabetike. Terapia e diabetit, siç është marrja e insulinës, mund të ndikojë ndjeshëm në cilësinë e jetës ose pozitivisht, duke zvogëluar simptomat e sheqerit në gjak, për shembull, ose negativisht, duke rritur simptomat e sheqerit në gjak të ulët, për shembull. Pagesa psikosociale e të jetuarit me diabet është shpesh e rëndë, dhe kjo taksë shpesh, nga ana tjetër, mund të ndikojë në sjelljen e vetë-kujdesit dhe, në fund të fundit, kontrollin afatgjatë të glikemisë, rrezikun e zhvillimit të komplikimeve afatgjata dhe cilësinë e jetës (WHO,1952).

Tani ka prova të mira se çështjet psikosociale janë kritike për kujdesin e mirë për diabetin. Faktorët psikosociale shpesh përcaktojnë sjelljet e vetë-menaxhimit, dhe variablat psikosociale (siç është depresioni) shpesh janë parashikues më të fortë të rezultateve mjekësore siç janë shtrimi në spital dhe vdekshmëria sesa janë fiziologjike dhe masat metabolike (Fisher, Arfken, Heins, Houston, Jeffe, Sykes, 1996).

Zhvillimet e fundit në fushat e hulumtimit të rezultateve shëndetësore dhe vlerësimit të teknologjisë shëndetësore gjithashtu kanë nxitur rritjen e jashtëzakonshme të përdorimit të vlerësimit të cilësisë së jetës si një teknikë për kërkimin klinik. Vëmendje më e madhe tani po i kushtohet vlerësimit të cilësisë së kujdesit shëndetësor dhe vlera ekonomike e lidhur me ndërhyrjet e reja. Organizatat që merren me menaxhim të pacientëve, kanë stimuluar një përpjekje në rritje për të përcaktuar nëse kostot e lidhura me terapitë e reja ose ekzistuese dhe ndërhyrjet arsimore janë të justifikuara brenda afateve mjaft të shkurtra, shpesh më pak se 3 vjet. Si pasojë, studiuesit dhe administratorët e planit shëndetësor janë përqendruar në rezultatet afatshkurtra të pacientit, duke përfshirë statusin shëndetësor funksional, kënaqësinë me kujdesin shëndetësor dhe cilësinë e përgjithshme të jetës. Qëllimet e monitorimit të mirëqenies psikosociale dhe cilësisë së jetës në njerëzit me diabet përfshijnë: identifikimin e pacientëve që janë në depresion ose në ankth; vlerësimi i trajtimeve të reja duke identifikuar kostot dhe përfitimet psikologjike; dhe identifikimin e pakënaqësisë me trajtimin dhe aspektet e tjera të kujdesit (Rosenthal, Fajardo, Gilmore, Morley, Nabiloff, 1998).

Të jetuarit me një sëmundje kronike imponon shumë kërcënime dhe sfida për pacientët, të tilla si trajtimi i pasigurive në lidhje me kapacitetet e tyre aktuale dhe të ardhshme fizike, duke mbajtur marrëdhënie me familjen dhe miqtë, që kanë të bëjnë me dhimbje dhe simptoma të tjera dhe shqetësime rreth aftësive të tyre për të rifilluar stilin e tyre të jetesës së mëparshme (*Devins & Binik, 1996*).

Në vitet e fundit pas promovimit të metodave të trajtimit dhe përmisimit të kushteve shëndetësore, dukuria e rritjes së jetëgjatësisë ka dhënë rezultat, duke u përmisuar cilësia e jetës. Kështu, rritja e jetëgjatësisë nuk konsiderohet pa cilësinë e jetës, por edhe cilësia e jetës për tërë jetën është një çështje me interes. Prandaj mund të thuhet se cilësia e jetës është një çështje subjektive e cila nuk është e dukshme për të tjerët dhe bazohet në perceptimin e individëve nga aspekte të ndryshme të jetës (*Dehghan, Ghaem, Haghighi, Kashfi, Zeyghami, 2011*).

Shumë pacientë me diabet mellitus mund të bëhen kronikë të frustruar, dekurajuar, dhe / ose të inatosur me sëmundjen që shpesh nuk duket se i përgjigjen përpjekjeve të tyre më të mira, sepse kërkesat e kujdesit për diabetin mund të kenë një ndikim të fuqishëm në humor, afatshkurtër dhe afatgjatë. Episodet e shpeshta hipoglikemike mund të jenë shteruese, dekurajuese dhe potencialisht mjaft të frikshme dhe sëmundja shpesh shoqërohet me një sërë përgjigje negative emocionale, duke përfshirë zemërimin, fajin, frustrimin, mohimin dhe vetminë (*Polonsky, 2000*).

Cilësia e jetës së pacientëve me diabet zvogëlohet me praninë e problemeve mendore si depresioni, kështu që parandalimi dhe zbulimi i hershëm i depresionit dhe problemeve të tjera mendore duket të jenë të rëndësishme në pacientin diabetik për parandalimin e uljes së tepërt të cilësisë së jetës në këta pacientë. Vlerësimi i cilësisë së jetës është gjithashtu i rëndësishëm në programet e parandalimit.

Cilësia e jetës është një matje subjektive pasi shumë nga dimensionet e saj nuk mund të maten drejtpërdrejt sepse lidhet me ndikimin e perceptuar nga njerëzit gjatë jetës së tyre. Gjithmonë përpiqet të përcaktojë sasinë e pasojave dhe vetë-perceptimin e sëmundjes. Individët diabetikë të tipit 2 dihet se kanë cilësi më të ulët të jetës dhe më shumë simptomatologji depressive sesa ata pa diabet të tipit 2.

Efektet e diabetit të tipit 2 përfshijnë dëmtime afatgjata, mosfunksionim dhe dështim të organeve të ndryshme. Diabeti i tipit 2 përbën shumicën (90%) të të gjitha rasteve të diabetit (Mishra, Sharma, Bhandari, Bhochhibhoya, Thapa, 2015).

Një numër studimesh, përfshirë metaanalizat, kanë treguar lidhjen midis diabetit dhe depresionit. Kjo është një çështje e rëndësishme e shëndetit publik sepse çrregullimet depressive zakonisht janë shoqëruar me rezultatet e sëmundjeve kronike si diabeti dhe kanë kontribuar në ngarkesën e lartë ekonomike të kostove të kujdesit shëndetësor. Shumë nga studimet janë mbështetur në shembuj klinikë në përshkrimin e depresionit dhe diabetit si gjendje shoqëruese ose në eksplorimin e shoqërimit të depresionit me shënjes klinikë siç janë kontrolli i glikemisë, presioni i gjakut, kolesteroli dhe nivelet e triglicerideve. Në të vërtetë, Anderson et al., në një meta-analizë, raportoi se depresioni ishte më i përhapur në mostrat klinike sesa në komunitet. Sidoqoftë, ka pasur studime të kohëve të fundit të mëdha të bazuara në popullatë që kanë konfirmuar këtë lidhje dhe është ardhë në përfundimin se efektet e depresionit në diabet nuk ishin të parëndësishme (Gary, Crum, Cooper-Patrick, Ford, Brancati, 2000).

Disa studime kanë vlerësuar ndikimin e depresionit në diabet në lidhje me aftësinë funksionale të individit ose cilësinë e jetës. Brown et al., ekzaminuan vlerat e dobishme të kohës të bazuara në preferenca të lidhura me diabetin dhe treguan se ata me diabet ishin të gatshëm të tregtonin një pjesë të konsiderueshme të jetës së tyre të mbetur në këmbim të një gjendje shëndetësore pa diabet. Një nga faktorët që ndikojnë në cilësinë e jetës në grupin diabetik përfshinte depresionin. Të kuptuarit se cilat dimensione të cilësisë së jetës shoqërohen me sëmundjen e depresionit dhe diabetit është e rëndësishme për menaxhimin e përditshëm klinik dhe gjithashtu për iniciativat e politikave të shëndetit publik që synojnë përmirësimin e rezultateve shëndetësore për popullatën diabetike. Kjo është edhe më e rëndësishme duke pasur parasysh që diabeti po rritet në shumë vende të tjera të industrializuara (Brown, Brown, Sharma, Brown, Gosum, Denton, 2000).

Në përcaktimin e programeve të synuara parandaluese për të përmirësuar cilësinë e jetës, si dhe zbatimin e tyre, është e nevojshme që të përfshihet një numër më i madh ekspertësh që do të ndihmonin në kapërcimin e problemit të individit, familjes dhe komunitetit që pritet të mbështesë ata që vuajnë nga kjo sëmundje (Gavrić, & Vujmilović, 2014).

Diabeti i tipit 2 është një sëmundje kronike që ndikon në mënyrën se si metabolizohen në trup sheqeri (glukoza) - një burim i rëndësishëm për funksionimin e rregullt të trupit.

Me diabetin e tipit 2, trupi ose i reziston efekteve të insulinës - një hormon që rregullon lëvizjen e sheqerit në qelizat tona - ose nuk prodhon insulinë të mjaftueshme për të ruajtur nivelet normale të glukozës.

Diabeti i tipit 2 është i njohur si diabeti i të rriturve, por sot fëmijët janë duke u diagnostikuar me këtë çrregullim, ndoshta për shkak të rritjes së obezitetit të fëmijërisë. Nuk ka shërim për diabetin e tipit 2, por humbja e peshës, ngrënia e mirë dhe ushtrimi mund të ndihmojë në menaxhimin e sëmundjes. Nëse dieta dhe stërvitja nuk janë të mjaftueshme për të menaxhuar mirë sheqerin tuaj në gjak, mund të keni nevojë edhe për medikamente të diabetit ose për terapinë e insulinës (*Mayo Clinic Staff, 2014*).

Simptomat

Shenjat dhe simptomat e diabetit të tipit 2 shpesh zhvillohen ngadalë. Në fakt, personi mund të keni diabet të tipit 2 për vite dhe nuk është në dijeni që e ka atë sëmundje (*Mayo Clinic Staff, 2014*). Simptomat më të shpeshta janë:

- Rritja e etjes
- Urinim i shpeshtë
- Rritja e urisë
- Humbje e padëshiruar e peshës
- Lodhje
- Shikim i turbullt
- Plagë të ngadaltë shëruese
- Infeksione të shpeshta
- Zonat e lëkurës së errët, zakonisht në sqetull dhe në qafë

2.1. Qëllimi i studimit

Qëllimi i këtij hulumtimi është matja e cilësisë së jetës së personave me diabet të tipit 2. Përmes të dhënave të mbledhura do të synohet të paraqitet një pasqyrë e cilësisë së jetës së personave me diabet të tipit 2.

2.2. Pyetja hulumtuese

Cfarë cilësie të jetës kanë personat me diabeti të tipit 2?

2.3. Hipotezat

H1: Pacientët e vlerësojnë cilësinë e jetës së tyre si të mirë.

H2: Pacientët e vlerësojnë se kanë mesatarisht energji të mjaftueshme në jetën e përditshme.

H3: Pacientët janë shumë të kënaqur me mbështetjen që marrin nga miqtë e tyre.

3. DEKLARIMI I PROBLEMIT

Diabeti mellitus është një sëmundje kërkuese që ndikon në cilësinë e jetës së një personi të lidhur me shëndetin, aftësinë e një personi për të funksionuar dhe për të shijuar kënaqësinë nga bërja e kësaj. Njerëzit me diabet e kujtojnë vazhdimisht sëmundjen në baza ditore: ata duhet të hanë me kujdes, të ushtrojnë, të testojnë glukozën e tyre në gjak dhe të bazohen në rezultatin për të vendosur kur të planifikojnë ushqimin apo medikamentin e ardhshëm. Për më tepër, ata shpesh duhet të ndalojnë dhe të kontrollojnë simptomat e hipo ose hyperglykemisë, si dhe të merren me frikën e mundësisë së komplikimit të sëmundjes (*Moos & Schaeffer, 1984*).

Prandaj hulumtimi për këtë çështje edhe në vendin tonë është e domosdoshme për të pasur një pasqyrë reale për çështjet që kanë të bëjnë me cilësinë e jetës së personave me diabet të tipit 2.

4. METODOLOGJIA

4.1. Pjesëmarrësit

Në studimin e realizuar kanë marrë pjesë 50 pacientë me diabet të tipit 2, të cilët janë të shtrirë në repartin e Internos në Spitalin Rajonal të Gjilanit, tek të cilët përmes pyetësorit janë mbledhur të dhëna për matjen e cilësisë së jetës së tyre.

Tabela 1. Të dhënat demografike të mostrës.

		Frekuenca	%
Mosha			
	20-39 vjeqare	11	22%
	40-59 vjeqare	25	50%
	60+	14	28%
Venbanimi			
	Rural	28	56%
	Urban	22	44%
Gjinia			
	Mashkull	27	54%
	Femër	23	46%
Niveli i edukimit			
	Shkollim fillor	5	10%
	Shkollim i mesëm	23	46%
	Shkollim universitar	22	44%
Statusi martesor			
	i/e martuar	38	76%
	i/e ve	12	24%

4.2. Instrumenti

Për këtë hulumtim është përdorur pyetësi “WHOQOL-BREF– i krijuar nga (WHO, 1996) i cili përmban 12 pyetje dhe matë 4 dimensione të cilësisë së jetës: shëndetin fizik, psikologjik, mardhëniet shoqërore dhe ambientin.

Pyetësi është përkthyer në gjuhën shqipe nga gjuha angleze.

4.3. Procedura

Fillimisht është marrë leja për qasje në institucionin ku është kryher hulumtimi. Pacientët janë njoftuar paraprakisht për qëllimin e hulumtimit. Pjesëmarrësit në studim janë njoftuar se të dhënat do të përdoren vetëm për studim dhe do të ruhet konfidencialiteti i të dhënave. Në rastet kur pacientët pjesëmarrës në studim kanë hasur në probleme të mos kuptim të ndonjë termi të pyetësit, është ofruar asistencë nga ana jonë. Koha për vetë-administrimin e pyetësit është 5-15 minuta.

Të dhënat janë mbledhur nga data 27 tetor - 02 nëntor 2020 dhe janë analizuar duke përdorur paketën statistikore SPSS v.22.

5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

Në vazhdim janë paraqitur rezultatet e hulumtimit tonë përmes grafikoneve.

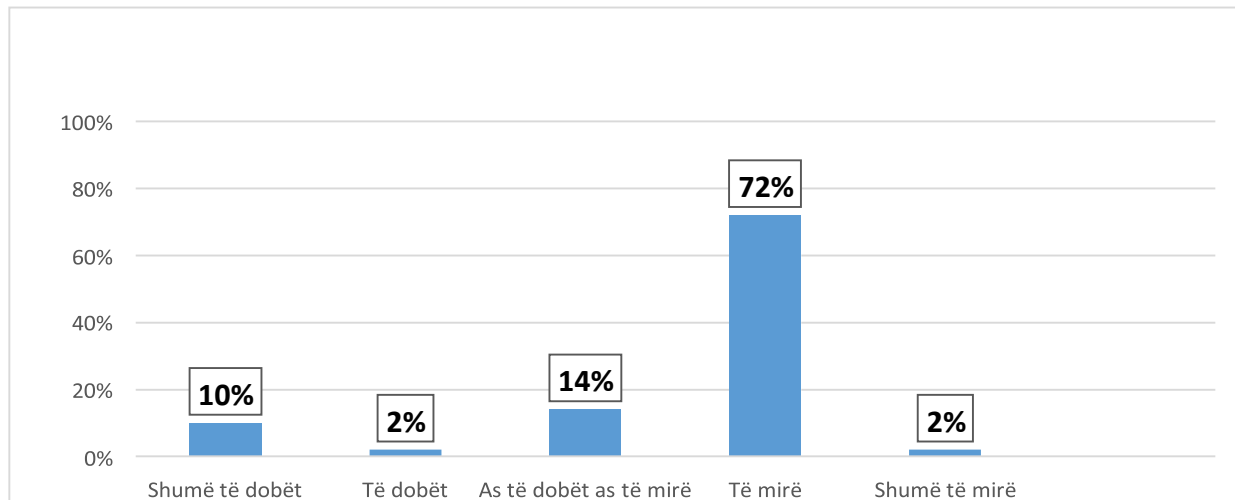


Figura 1. Duke u bazuar në grafikonin e mësipërm nga rezultatet shohim se përgjigjet e pacientëve rreth cilësisë së jetës së tyre janë: të mirë (72%), as të dobët as të mirë (14%), shumë të dobët (10%), të dobët (2%) dhe shumë të mirë (2%).

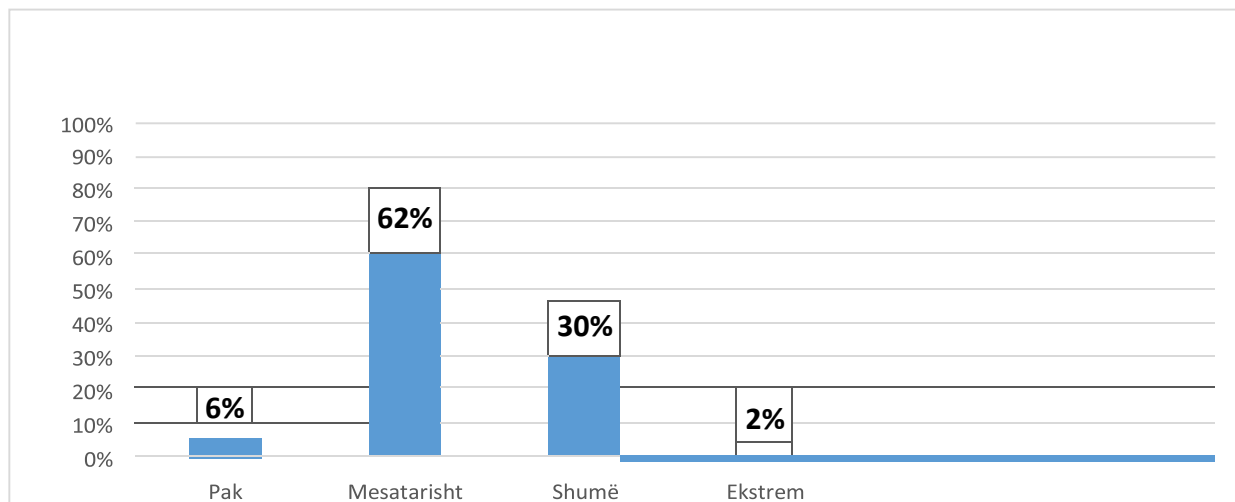


Figura 2. Duke u bazuar në grafikonin e mësipërm nga rezultatet shohim se përgjigjet e pacientëve rreth sigurisë në jetën e përditshme janë: mesatarisht (62%), shumë (30%), pak (6%) dhe ekstrem (2%).

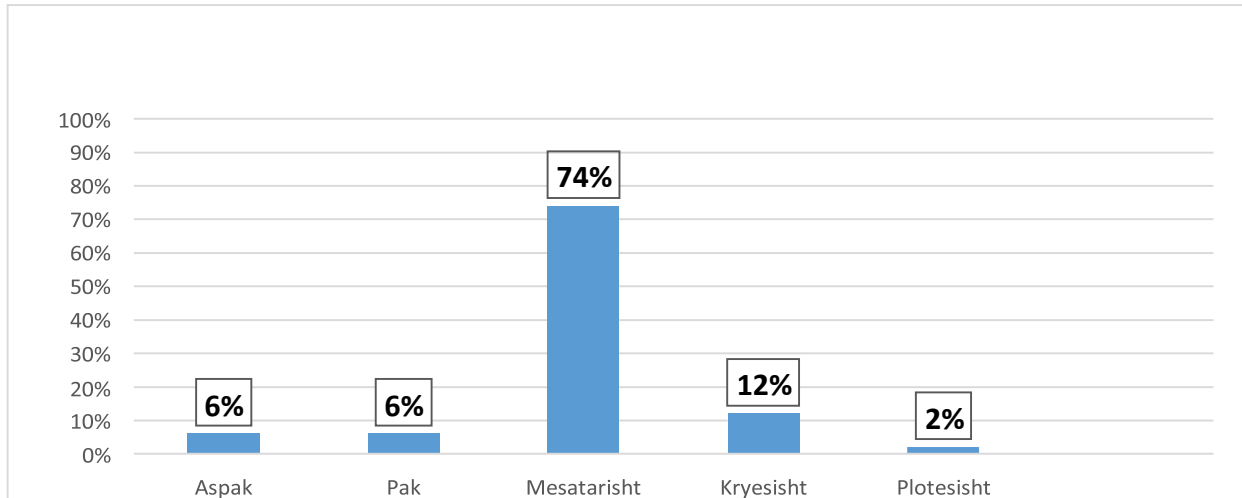


Figura 3. Duke u bazuar në grafikonin e mësipërm nga rezultatet shohim se përgjigjet e pacientëve rreth energjise së mjaftueshme në jetën e përditshme janë: mesatarisht (74%), kryesisht (12%), pak (6%), aspak (6%) dhe plotësisht (2%).

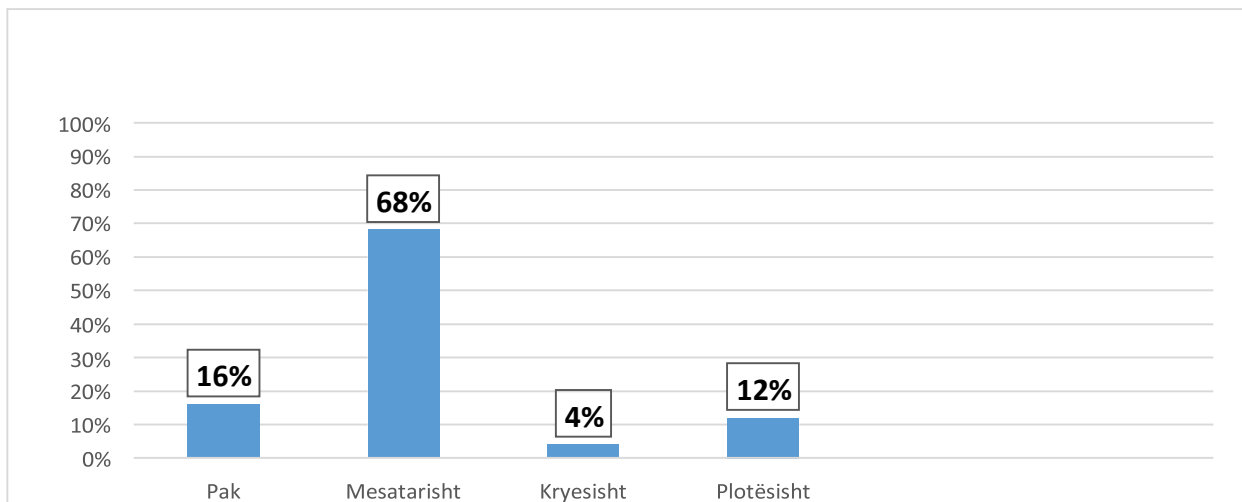


Figura 4. Duke u bazuar në grafikonin e mësipërm nga rezultatet shohim se përgjigjet e pacientëve rreth gjendjes financiare për të përmbushur nevojat e tyre janë: mesatarisht (68%), pak (16%), plotësisht (12%) dhe kryesisht (4%).

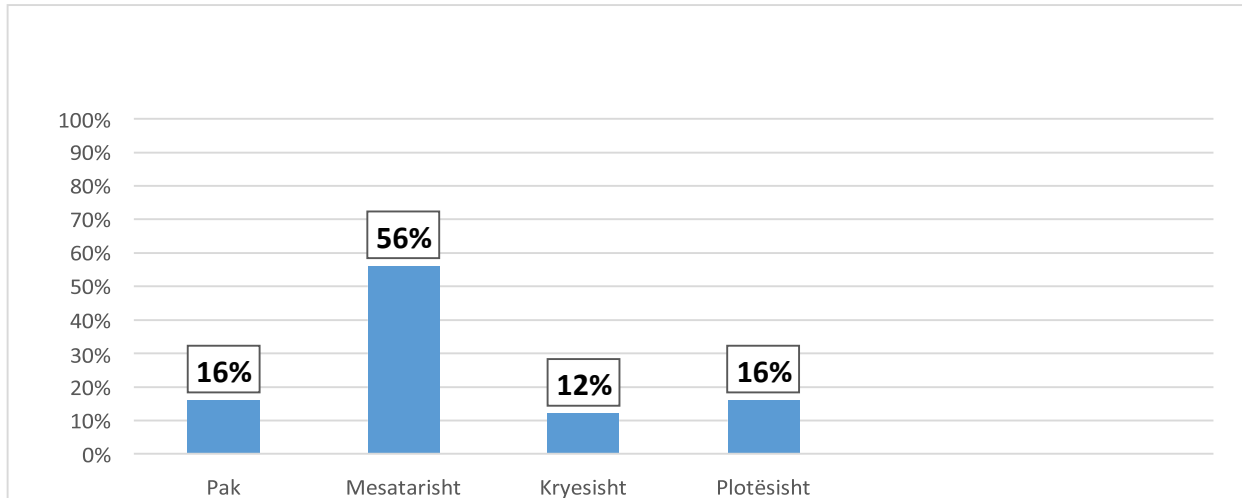


Figura 5. Duke u bazuar në grafikonin e mësipërm nga rezultatet shohim se përgjigjet e pacientëve rreth aktiviteteve gjatë kohës së lirë janë: mesatarisht (56%), pak (16%), plotësisht (16%) dhe kryesisht (12%).

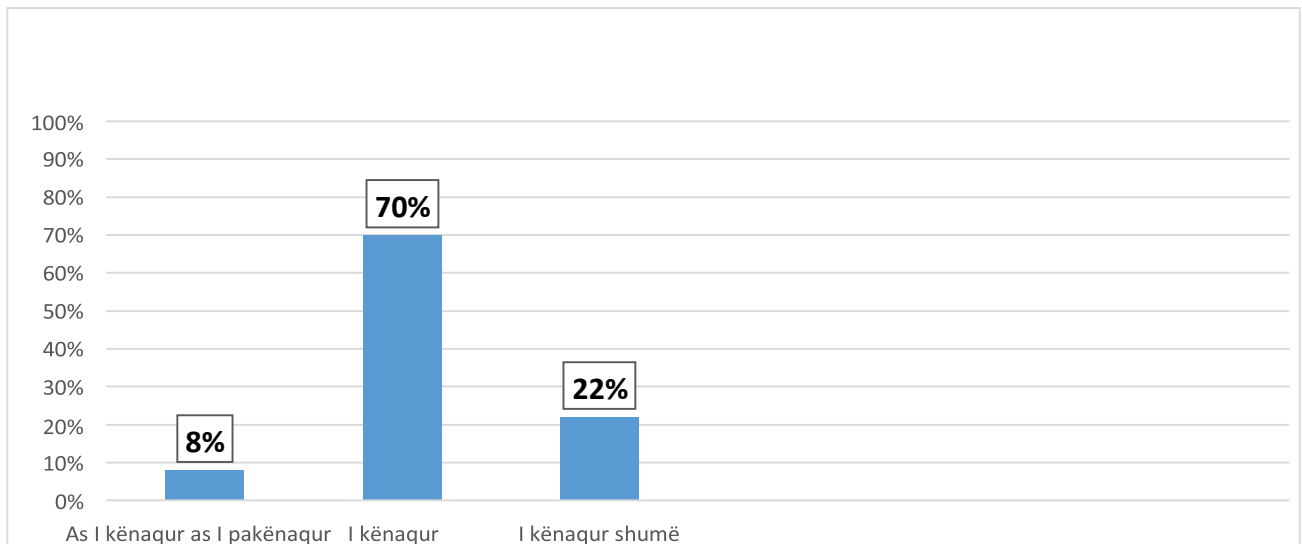


Figura 6. Duke u bazuar në grafikonin e mësipërm nga rezultatet shohim se përgjigjet e pacientëve rreth mardhënieve personale me partnerin janë: i kënaqur (70%), i kënaqur shumë (22%) dhe as i kënaqur as i pakënaqur (8%).

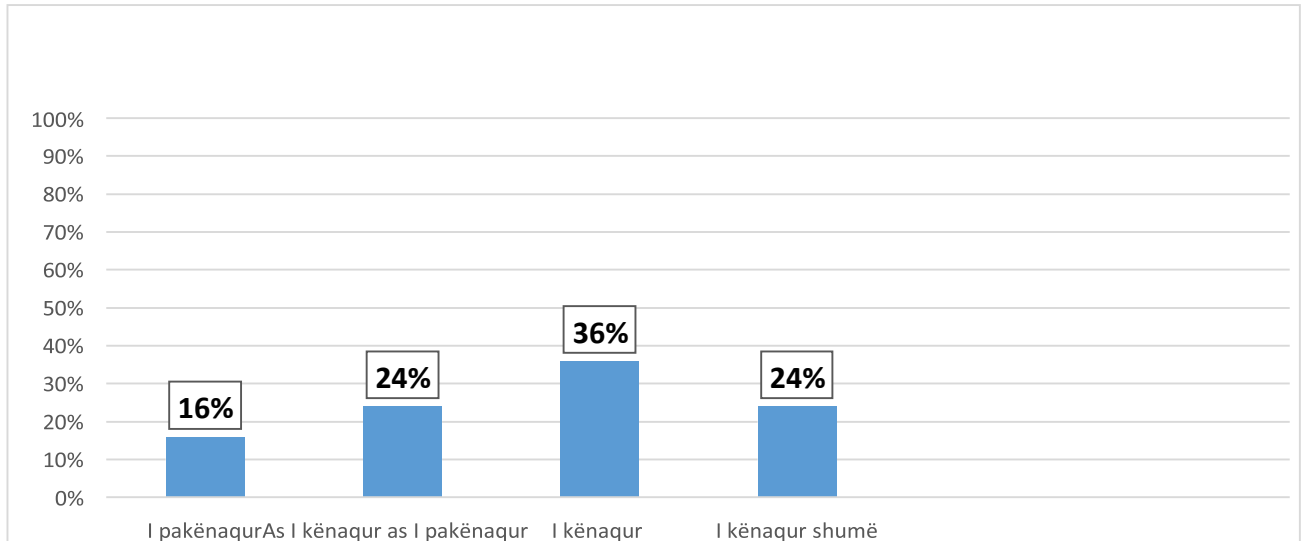


Figura 7. Duke u bazuar në grafikun e mësipërm nga rezultatet shohim se përgjigjet e pacientëve rreth mbështetjes nga miqët janë: i kënaqur (26%), i kënaqur shumë (24%), as i kënaqur as i pakënaqur (24%) dhe i pakënaqur (16%).

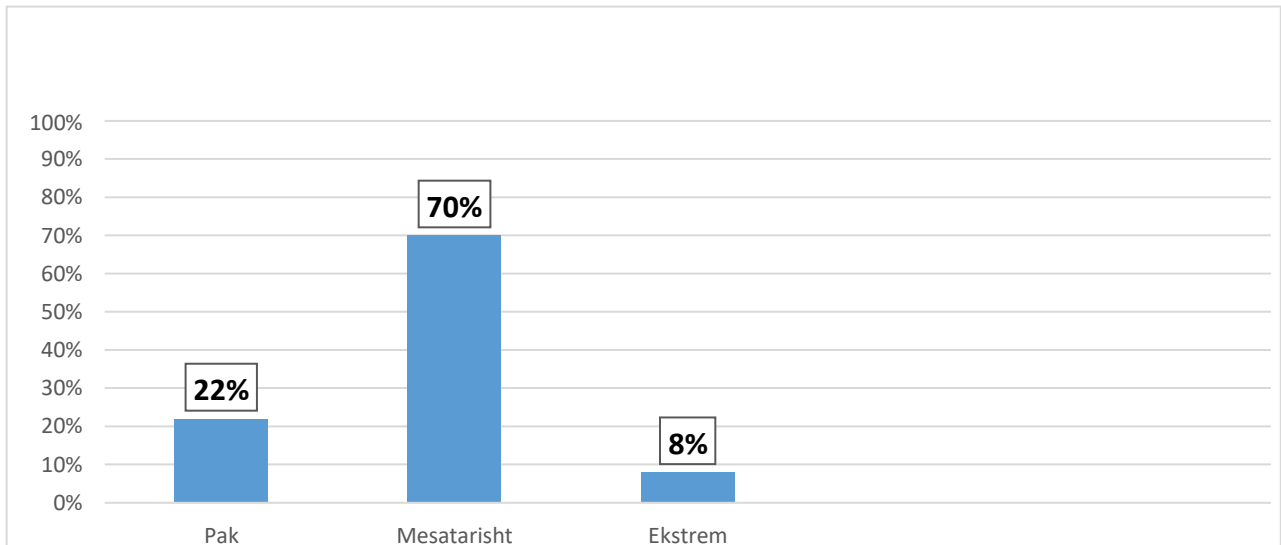


Figura 8. Duke u bazuar në grafikun e mësipërm nga rezultatet shohim se përgjigjet e pacientëve rreth nevojës për ndonjë trajtim mjekësor për të funksionuar në jetën e përditshme janë: pak (22%), mesatarisht (70%) dhe ekstrem (8%).

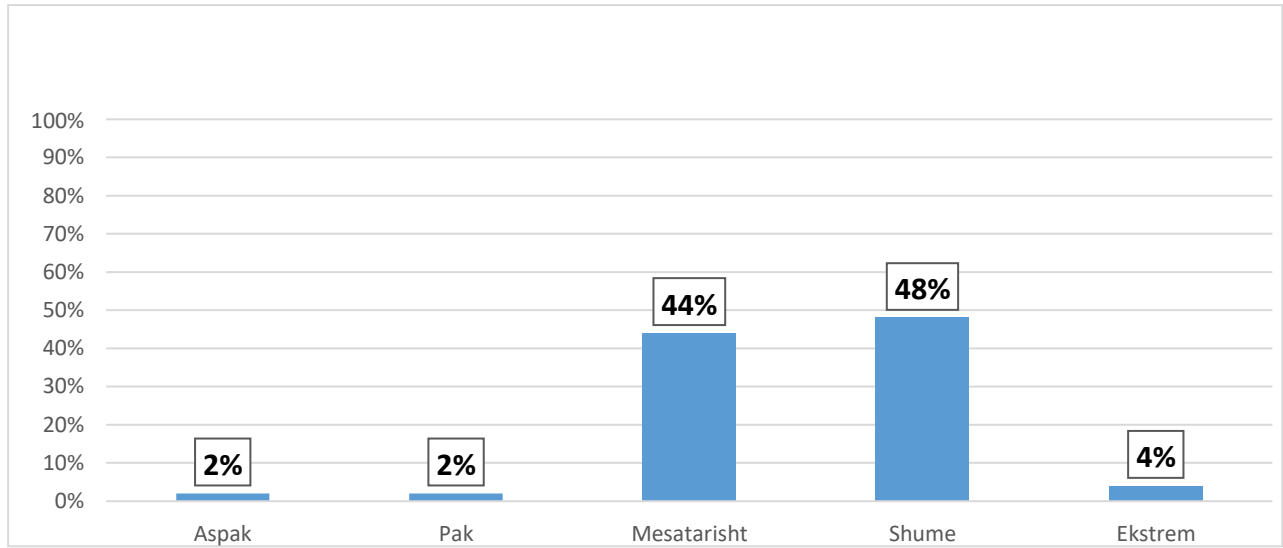


Figura 9. Duke u bazuar në grafikonin e mësipërm nga rezultatet shohim se përgjigjet e pacientëve rreth mjedsit fizik se sa i shëndetshëm është në vendin ku jetoni janë: aspak (2%), pak (2%), mesatarisht (44%), shumë (48%) dhe ekstrem (4%).

6. KONKLuzionet dhe Rekomandimet

Rezultatet e studimit kanë dhënë përgjigje në pyetjen kërkimore. Duke u bazuar në rezultate shohim se përqindja më e madhe e përgjigjeve të pacientëve rreth cilësisë së jetës së tyre është: të mirë (72%), pastaj as të dobët as të mirë (14%), shumë të dobët (10%), të dobët (2%) dhe shumë të mirë (2%). Me këtë rezultat vërtetohet hipoteza e parë e ngritur se pacientët e vlerësojnë cilësinë e jetës së tyre si të mirë.

Duke u bazuar nga rezultatet tjera, shohim se përqindja më e madhe e përgjigjeve të pacientëve rreth energjisë së mjaftueshme në jetën e përditshme është: mesatarisht (74%), kryesisht (12%), pak (6%), aspak (6%) dhe plotësisht (2%) dhe ky rezultat e vërteton hipotezën e dytë të ngritur se pacientët e vlerësojnë se kanë mesatarisht energji të mjaftueshme në jetën e përditshme.

Nga rezultatet tjera, shohim se përgjigjet e pacientëve rreth kënaqshmërisë me mbështetjen që marrin nga miqtë e tyre janë: i kënaqur (26%), i kënaqur shumë (24%), as i kënaqur as i pakënaqur (24%) dhe i pakënaqur (16%) dhe ky rezultat nuk e vërteton hipotezën e tretë të ngritur se pacientët janë shumë të kënaqur me mbështetjen që marrin nga miqtë e tyre.

Sipas një studimi të ngjashëm me studimin tonë, është vërtetuar se pacientët me diabet tip 2 kanë një cilësi më të ulët të jetës sesa popullsia e përgjithshme dhe gjithashtu disi më të ulët se pacientët me sëmundje të tjera kronike. Kështu një nga rezultatet më të rëndësishme të trajtimit është optimizimi i cilësisë së jetës së pacientit. Ky studim shqyrton faktorët që ndikojnë më fort në cilësinë e jetës së pacientëve me diabet tip 2. Sipas këtij studimi, mjekët familjarë duhet të punojnë në partneritet më të ngushtë me pacientët në mënyrë që të rrisin aftësitë e tyre për të qenë më autonome në kontrollin e faktorëve të tyre të rrezikut dhe të mësojnë dhe ruajnë sjelljen e orientuar nga problemet (Kalda, Rätsep, Lember, 2008).

Një studim tjetër zbuloi se me rritjen e moshës ndikohet edhe jeta seksuale dhe lëvizshmëria e pacientit diabetik. Fusha e funksionimit seksual është ndryshimi sipas seksit dhe bashkë-sëmundshmëria gjithashtu ka ndryshim në jetën e tyre seksuale. Në mënyrë të ngjashme, ruajtja e nivelit të sheqerit në gjak ndikohet nga kohëzgjatja e sëmundjes dhe statusi arsimor i pacientit. Prandaj është e nevojshme të përqendrohemi në programin e depistimit dhe edukimin diabetik në

nivel komuniteti në mënyrë që të kufizojmë ndërlikimet e tij dhe për të rritur cilësinë e jetës së pacientit diabetik tip 2 (Thapa, Pyakurel, Baral, 2019).

6.1. Konkluzionet

Pas mbledhjes së të dhënave, analizimit dhe prezentimit të rezultateve mund të përfundojmë se:

- Rreth 2/3 e pacientëve me diabet te tipi 2, e shohin cilësinë e jetës së tyre si të mirë.
- Pothuajse të gjithë pjesëmarrësit në studim deklarojnë si mesatare ndjenjën që fizikisht sëmundja i pengon të bëjnë atë që ata duhet të bëjnë.
- Rreth 2/3 e pacientëve deklarojnë se ata mund ti përmbushin nevojat e tyre financiare mesatarisht.
- Vetëm gjysma e pacientëve deklarojnë se merren mesatarisht me aktivitetet gjatë kohës së lirë.
- Më pak se gjysma e pacientëve deklarojnë se janë shumë të kënaqur me mbështetjen që marrin nga miqtë e tyre.

6.2. Rekomandimet

- Vetëm gjysma e pacientëve deklarojnë se merren mesatarisht me aktivitetet gjatë kohës së lirë. Kjo gjë duhet të përmisohet dhe të rritet përqindja e atyre pacientëve me diabet të tipit 2, në mënyrë që ata të inkurajohen që të merren sa më shumë me aktivitet për arsyen e përmisimit të cilësisë së jetës së tyre.
- Më pak se gjysma e pacientëve deklarojnë se janë shumë të kënaqur me mbështetjen që marrin nga miqtë e tyre, ndërsa një pjesë tjetër e tyre deklarojnë që janë më pak të kënaqur me mbështetjen nga miqtë e tyre. Në këtë rast duhet inkurajuar miqtë e këtyre pacientëve që t'i mbështesin familjarët e tyre në mënyrë që të rritet cilësia e jetës së tyre.

7. REFERENCAT

American Diabetes Association. (2003). Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 33-50.

Ayman, A & Hayek, A. (2013). Factors Associated with Health-Related Quality of Life among Saudi patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Cross-Sectional Survey. *Diabetes and Metabolism Journal*, 220-229.

Brown GC, Brown MM, Sharma S, Brown H, Gosum M, Denton P. (2000). Quality of life associated with diabetes mellitus in an adult population, 18–24.

Cong JY, Zhao Y, Xu QY, Zhong CD, Xing QL. (2012). Health-related quality of life among Tianjin Chinese patients with type 2 diabetes: a cross-sectional survey. *Nurs Health Sci*, 528– 534.

Devins, G.M. & Binik, Y.M. (1996). Facilitating Coping with Chronic Physical Illness. In: Zeidner, M. and Endler, N., Eds., *Handbook of Coping: Theory, Research and Applications*, Wiley, New York, 640-696.

Dehghan A, Ghaem H, Borhani Haghghi A, Kashfi SM, Zeyghami B. (2011). Comparison of quality of life in Parkinson's patients with and without fatigue. *Bimonth J Hormozgan Univ Med Sci*, 49-55.

Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. (2003). Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, 5-20.

Fisher EB Jr, Arfken CL, Heins J, Houston C, Jeffe D, Sykes R. (1996). Acceptance of diabetes in adults. In *Handbook of Health Behavior Research*, Gochman DS.

Gavrić, Ž & Vujmilović, D. G. (2014). Perceptions of Psychological Domain of Quality of Life in Patients with Diabetes Mellitus. *Open Journal*, 489-498.

Gary TL, Crum RM, Cooper-Patrick L, Ford D, Brancati FL. (2000). Depressive symptoms and metabolic control in African Americans with type 2 diabetes, 23–29.

Kalda, R., Rätsep, A., & Lember, M. (2008). Predictors of quality of life of patients with type 2 diabetes. *Patient preference and adherence*, 21–26.

Moos, R.H. and Schaeffer, J.A. (1984). The Crisis of Physical Illness. An Overview and Conceptual Approach. In: Moss, R.M., Ed., *Coping with Physical Illness, New Perspectives*, Plenum Press, New York, 3-39.

Mayo Clinic Staff. (2014). Diseases and Conditions Type 2 diabetes. *Mayo Clinic*, 2-4.

Mishra SR, Sharma A, Bhandari PM, Bhochhibhoya S, Thapa K. (2015). Depression and health-related quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Nepal. *PLoS One*.

Polonsky, W. (2000). Understanding and Assessing Diabetes-Specific Quality of Life. *Diabetes Spectrum*, 13, 36.

Rubin RR, Peyrot M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*, 205-18.

Rosenthal MJ, Fajardo M, Gilmore S, Morley JE, Nabiloff BD. (1998). Hospitalization and mortality of diabetes in older adults: a three-year prospective study. *Diabetes Care*, 231–235.

Skyler JS. (1998). *Medical Management of Type 1 Diabetes*. 3rd ed. Alexandria, VA, American Diabetes Association.

Thapa, S., Pyakurel, P., Baral, D.D. et al. (2019). Health-related quality of life among people living with type 2 diabetes: a community based cross-sectional study in rural Nepal. *BMC Public Health* 19, 1171-1179.

World Health Organization. (1994). Measuring quality of life. WHOQOL-BREF Questionnaire.

World Health Organization. (1952). In *Handbook of Basic Documents*, World Health Organization, 5th edn. Geneva: Palais des Nations, 3–20.

SHTOJCA – Pyetësi “WHOQOL-BREF

Mosha: _____/vjet

Gjinia: Mashkull Femer

Niveli i edukimit: Shkolla fillore Shkolla e mesme Universitet

Vendbanimi: Rural Urban

Statusi martesor: i/e ve i/e martuar

		Shumë të dobët	Të dobët	As të dobët as të mirë	Të mirë	Shumë të mirë
1	Si do ta vlerësonit cilësinë e jetës suaj?	1	2	3	4	5

		Shumë i pakënaqur	I pakënaqur	As i kënaqur as i pakënaqur	I kënaqur	I kënaqur shumë
2	Sa jeni të kënaqur me shëndetin tuaj?	1	2	3	4	5

		Aspak	Pak	Mesatarisht	Shumë	Ekstrem
3	Sa keni nevojë për ndonjë trajtim mjekësor për të funksionuar në jetën tuaj të përditshme?	1	2	3	4	5
4	Sa i sigurt ndjeheni në jetën tuaj të përditshme?	1	2	3	4	5
5	Sa i shëndetshme është mjedsini fizik ku jetoni?	1	2	3	4	5

		Aspak	Pak	Mesatarisht	Kryesisht	Plotësisht
6	A keni energji të mjaftueshme në jetën e përditshme?	1	2	3	4	5
7	A keni para të mjaftueshme për të përmbushur nevojat tuaja?	1	2	3	4	5
8	Sa i disponueshme për ju					

	është informacioni që ju nevojitet në jetën tuaj të përditshme?	1	2	3	4	5
9	Deri në çfarë mase keni mundësi për aktivitete gjatë kohës së lirë?	1	2	3	4	5

		Aspak	Pak	Mesatarisht	Kryesisht	Plotësisht
10	Sa jeni të kënaqur me marrëdhëniet personale me partnerin tuaj?	1	2	3	4	5
11	Sa jeni të kënaqur me mbështetjen që ju merrni nga miqtë tuaj?	1	2	3	4	5

		Kurrë	Rrallë	Shpesh	Shumë shpesh	Gjithmonë
12	Sa shpesh keni ndjenja negative të tilla si: humor i keq, dëshpërim, ankth, depresion?	1	2	3	4	5