

BULETINI I URDHËRIT TË MJEKËVE TË SHQIPËRISË

Nr. 2

Maj - Gusht 2018

Viti i XIX-të i Botimit

PËRMBAJTJA

Editoriali:

- Brahimaj, F., - Pasojat e “Fake News” në Mjekësi...

Probleme Organizative:

- Informacion mbi Mbledhjen e Këshillit Kombëtar të UMSH-së, të datës 29.06.2018

- Argjiri I., - Dhuna ndaj Mjekëve. Fenomen rastësor apo rutinor në institucionet shëndetësore Shqiptare

Veprimtari Ndërkombëtare:

- Mbledhja e Bordit dhe Asamblesë së Komitetit të Përhershëm të Mjekëve Evropian (CPME)

- Mbledhja e 121 e Asamblesë Mjekësore Gjermane

- Mbledhja Plenare e Këshillit Evropian të Urdhrave të Mjekëve

- Përgjegjësia Profesionale, Etike dhe Penale e Mjekut – Kufijtë dhe Sfidat”-Oda e Mjekëve Kosovë

Veprimtari Mbarëkombëtare:

- ‘Rotary Club Tirana’ nderon figurën e Prof. Dr. Rushen GOLEMI për kontributin në fushën e shkencës së Mjekësisë dhe Pedagogjisë

- Konferencë mbi Sigurinë dhe Shëndetin në Punë

- Tele-Leksione multidisiplinore – Rëndësia e sëmundjeve kardiovaskulare, endokrine dhe sëmundjeve të mushkërive; roli dhe rëndësia kyç e mjekut të familjes në diagnostikim, trajtim dhe ndjekjen e tyre

Paraqitje Përgjithësuese:

- Peppo L., Hysa M., Lloshi E., - Akromegalia dhe Zemra

- Hoxha L., - Rinoplastika

Rubrika e Mjekut të Familjes:

- Xhuvani A., Beci B., Nano E., Boçi B., Vasili D., Sulaj H., - Audiometria Vokale

- Dhame Dh., - Tendencat e Lindjeve me Seksio Cezarea në Maternitetin e Sarandës për vitet 1990-2016

Nekrologji:

- Dr. Qazim METANI, Dr. Thoma PRIFTI, Dr. Qazim BAKALLI, Dr. Ziadet MUHAMETI

PASOJAT E “FAKE NEWS” NË MJEKËSI...

Dr. Fatmir BRAHIMAJ

President i UMSH-së

Gjithmonë e më shpesh po dëgjojmë se ky apo ai lajm është “*fake news*” (lajm i rremë: i trilluar). Edhe mjekësia s’ka shpëtuar nga kjo “modë”. Arsyet janë po ato: përfitim ndërmjet trillimeve e jo të vërtetave. Kushdo që beson, zbaton apo ndjek një thënie të rreme pëson në një moment zhgënjim, njeh më vonë dëmin e shkaktuar, kupton humbjen e pësuar, sheh mashtrimin që i kanë bërë. Por kur këto lidhen me shëndetin atëherë ndjesitë e mësipërme janë më të mëdha dhe të shumëfishta. Hera-herës gabimi është i pandreqshëm.

Mjekësia akoma nuk është një shkencë e saktë dhe ekzakte. Duke gjetur boshllëqe në teorinë e saj, sajohen lajme të pasakta ose gjysëm të pasakta, që hera-herës besohen lehtë nga shumë njerëz. Këtu ndikojnë edhe faktori objektiv: si vështirësi në diagnozën e saktë apo mjekimin e suksesshëm të ndonjë sëmundje apo procesi patologjik, mungesa vullnetit nga individ që duhet ti nënshtrohen ndjekjeve mjekësore afatgjatë apo të vështira, vështirësi për të shkuar në vendin dhe kohën e duhur për të marrë shërbim të caktuar shëndetësor, vështirësi në përballimin e kostove të shërbimit, ekzistenca e alternativave të ndryshme në trajtimin e sëmundjeve që mund të krijojnë dilemma tek i sëmuri. Shpeshtësia (frekuenca) dhe rastisja (incidenca) mjaft e shtuar e problemit, p.sh.: mbipësia, sëmundjet e zemrës apo enëve të gjakut, etj., që me larminë e tyre apo të tipave të njerëzve që përballen me to krijojnë terren për spekulim.

Në këtë kontekst sajohen mjete, barna që shpesh përgatiten në shtëpi, veprime apo procedura (pa asnjë bazë shkencore) që bëjnë “mrekullira”, duke shëruar, korrigjuar e trajtuar lehtë, me pak kosto, në një mënyrë të shpejtë, pa ose me shumë pak dhimbje, probleme, çrregullime apo sëmundje që kërcënojnë edhe jetën. Këto mjete “shpëtuese” promovohen nga rrëfimet gojë më gojë deri nëpërmjet hapësirave të bollshme të masmediave, faqeve të shtypit të përditshëm, programeve televizive ku sajohen edhe tavolina të rrumbullakta me teoricien pro dhe kundra, etj, etj... Jo rrallë, ato kanë paraqitje, veshje apo ambalazhe moderne.

Promovimi shumë herë është mbreslënës, shpjegimi i efektshmërisë bëhet me një kompetencë për tu admiruar. Paraqitja e tyre maskohet herë si shkencore, herë tjetër si mjekësi popullore, alternative apo homeopatike, një herë tjetër si konstatimi i rastit që shpëtoi këtë apo atë e kështu stërhollimet e justifikimet janë të shumta, por gjithnjë gjoja të provuara, të sakta, rezultate të shkëlqyera, pa asnjë dëm apo efekt anësor.

Kështu lexon apo dëgjon se:

- Të hash një kos (GcMAF) me përbërje të veçantë (qumësht, probiotik, kulloshtër) mund të shërohesh nga një sërë sëmundjesh si: akne, alergji, autizmi, ekzema, hepatitis B dhe C, sëmundje të ndryshme autoimune, si HIV, apo edhe nga kanceri.
- Të pish duhan bie nga pësia, (pra, përveç mbipësies shton edhe një tjetër faktor rreziku për shumë sëmundje).

- Të vaksinosh fëmijët shfaqet autizmi (Dihen qartë pasojat e mos vaksinimit në rritjen e sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë apo sëmundjet infektive).
- Femrat duke shtuar periudhën e lindshmërisë, shtojnë jetëgjatësinë e bukurisë së tyre.
- Duke pirë çaj apo infuzione me gjethe të kësaj apo asaj bime arrihen “mrekulli” në shërimin e shumë sëmundjeve të ndryshme.
- Me disa gjethe bimësh përgatitien pomada që shërojnë kanceret e lëkurës, etj, etj...

Pra çdo ditë dëgjojmë apo lexojmë “mrekulli” të tilla dhe disa herë njerëzit edhe nxitojnë ti zbatojnë këto, për të përfituar sa më shumë e sa më shpejt. Shumica e konsumatorëve të këtyre gjërave nuk pyesin fare se këto thuhet nga mjekët apo jo mjekë. A janë të çertifikuara, vërtetuara nga organizma kompetente si: komisioni i bioetikës, shoqata të specialistëve, kontrolli i barnave apo organizmave kompetente që kanë detyrën, aftësinë dhe mundësinë për të vërtetuar saktësinë, vërtetësinë, dobinë apo dëmet e këtyre praktikave apo mjeteve. Në fund të fundit, a kanë një leje, licencë apo dokument që të saktësojnë metodat, barnat apo format e tjera vepruese mbi shëndetin e publikut, që do ti ligjëronte këto veprime?

Informacionet e marra në shumicën e rasteve nuk konsultohen me mjekun e familjes, specialistin që të ndjek për probleme të veçanta. Nuk merret prej tyre një opinion për vërtetësinë, dobinë, rezultatet e mjetit apo metodës së re të dëgjuar, përpara se të zbatohet apo të përdoret ajo. Nga disa ndërpritet edhe mjekimi apo trajtimi i mëparshëm i këshilluar nga mjeku, për të zbatuar gjithçka të re të sapo mësuar. Kjo është vërtetë e pafalshme.

Pasojat e këtyre praktikave janë mjaft të dëmshme në disa drejtime si:

1. Dëmtojnë shëndetin e atij që i zbaton në disa mënyra:
 - a. Metoda apo bari s’ka efekte dobipurse të pretenduara mbi sëmundjen apo procesin patologjik ekzistues. Ata përparojnë pa i penguar asgjë mjekuese.
 - b. Metoda apo bari i rremë ka efekte të dëmshme pra fiton dëmtime të reja përveç atyre që ke.
 - c. Vonohet diagnostikimi dhe trajtimi shkencor kur këto s’janë bërë nga mjekë, por bazuar nga informacione jo të sakta.
 - d. Prishen regjimet mjekuese, trajtuese apo ndjekjet mjekësore shkencore kur ato zëvendësohen gabimisht me të tjera jo të sakta.
2. Dëmtohet emri, reputacioni i mjekut dhe i profesionit mjekësor.
3. Dëmtohen rëndë marrëdhëniet mjek-pacient si mjaft të rëndësishme në mbarëvajtjen dhe suksesin e trajtimeve mjekësore.

Trillime s’janë shaka. Ato nuk duhen nënvlerësuar as nga publiku as nga bluzat e bardha. Njerëzit që marrin këto “informacione” dhe që janë të interesuar për përdorimin apo zbatimin e tyre minimalisht duhet ti dyshojnë ato. Menjëherë duhet të këshillohen me mjekun e tyre (mjek familje apo specialist) për të saktësuar apo hedhur poshtë vërtetësinë e tyre, për tu siguruar nëse vlejnë për rastin sepse parimi bazë dhe i lashtë i mjekimit është: *“Mjekohet i sëmuri me sëmundjen që ka dhe jo thjesht sëmundja”*, pra kushdo duhet ta ngulisë në mendje pyetjen: ***A është e vërtetë doktor se***

Bluzat e bardha duhet të mos i nënvlerësojnë këto “*fake news*” por të gjejnë format dhe mënyrat për të shpjeguar në kohë dhe në mënyrë të kuptueshme, të qartë dhe bindëse publikun jo vetëm për jo-vërtetësinë, por edhe dëmin e madh dhe rezikun potencial që përbën ky fenomen.

PROBLEME ORGANIZATIVE

INFORMACION MBI MBLEDHJEN E KËSHILLIT KOMBËTAR TË UMSH-SË, TË DATËS 29.06.2018

Më datë 29 Qershor 2018, pranë Hotel “Victoria”, Tiranë u zhvillua mbledhja e radhës e Këshillit Kombëtar të UMSH-së.

Rendi i ditës u përqëndrua në dy pikat kryesore të tij:

- Largimi i Mjekëve – Një vështrim i përgjithshëm i cili u mbajt nga Dr. Fatmir Brahimaj – President i UMSH-së.

Në këtë raportim, Dr. Brahimaj u përqëndrua në faktorët e largimit të mjekëve duke theksuar se kemi të bëjmë me një fenomen që nuk njihet vetëm në Shqipëri, por është një tendencë e theksuar në të gjitha vendet e Evropës Lindore dhe Juglindore. Arsyjet e largimit të mjekëve sipas Urdhrit të Mjekëve janë:

- ✓ Vlerësim më të mirë material dhe moral;
- ✓ Do të shpëtojnë nga kriza e besimit që vuajnë këtu;
- ✓ Kushte më të mira kualifikimi;
- ✓ Kushte më të mira pune (ngarkesë më të pakët në punë, teknologji të përparuar dhe mjete më të shumta dhe më të mira sinë sferën diagnostike dhe në atë teraupetike);
- ✓ Do të ndjehen të mbrojtur ligjërisht, etj..;

Dr. Brahimaj në raportimin e tij paraqiti statistika të ndryshme mbi largimin e mjekëve, pasojat që sjell largimi i tyre në shërbimin shëndetësor shqiptar, si dhe përpjekjet që po bëjnë strukturat shtetërore për uljen e këtij fenomeni shqetësues për shoqërinë shqiptare. Pas përfundimit të raportit, anëtarët e këshillit Kombëtar diskutuan mbi këtë fenomen dhe pasojat që po sjell në rajonet e tyre.

Pika e dytë e rendit të ditës kishte të bënte me:

- “Dhuna ndaj mjekëve” – përfundimet e anketës.

Anketa “Dhuna ndaj mjekëve” marrë si model nga Këshilli Evropian i Urdhave të Mjekëve ju shpërnda një numri të madh mjekësh, të cilët e plotësuan dhe u dorëzuan pranë Këshillit Kombëtar të UMSH-së. Përpunimi i të dhënave të anketës u bë nga Dr. Ines Argjiri, Specialiste e Sektorit të Etikës, Standardeve Profesionale dhe Formimit Profesional, e cila bëri një paraqitje me detaje të të këtyre të dhënave në këtë mbledhje.

DHUNA NDAJ MJEKËVE. FENOMEN RASTËSOR APO RUTINOR NË INSTITUCIONET SHËNDETËSORE SHQIPTARE

Dr. Ines ARGJIRI

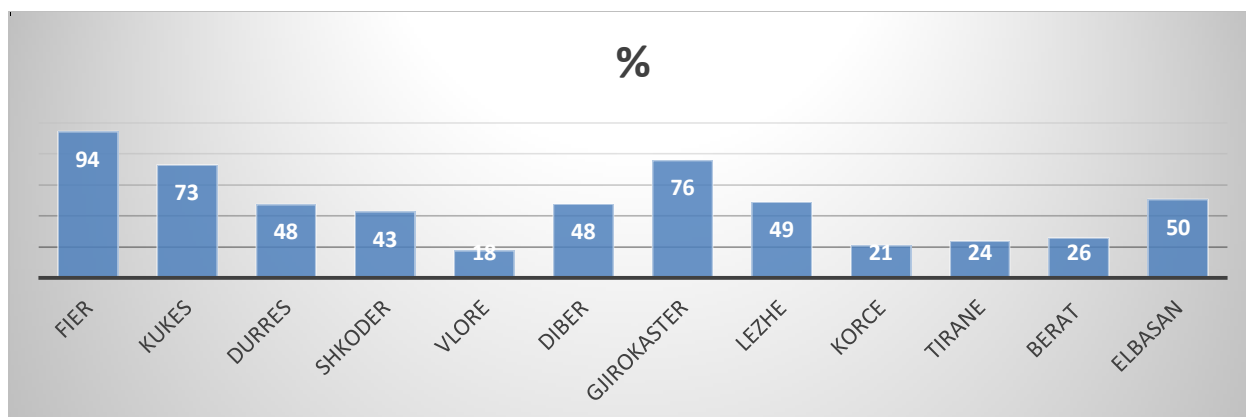
Në mediat vizive dhe ato të shkruara herë pas here raportohet për dhunë ndaj bluzave të bardha. Por askush nuk mund të thotë saktësisht se në çfarë përmasash është i shtrirë ky fenomen në institucionet shëndetësore në Shqipëri. Për këtë UMSH ndërmori një anketim anonim për dhunën që ushtrohet specifikisht ndaj mjekëve që ushtrojnë aktivitetin e tyre në institucionet publike dhe jo publike shqiptare, përfshirë këtu edhe administratën që ka lidhje të drejtpërdrejtë me ofrimin e kujdesit shëndetësor.

Anketa për dhunën ndaj mjekëve, e hartuar nga CEOM (Këshilli Evropian i Urdhrave të Mjekëve) u përkthye dhe u përshtat për kushtet e vendit, nga grupi i punës. Pas miratimit të variantit më të mirë të Anketës në Mbledhjen e Këshillit Kombëtar në Janar 2018, Anketa u shpërnda në muajt Janar-Shkurt në gjithë Këshillat Rajonale të UMSH me orientimin që anketa të plotësohej nga përfaqësues të gjithë institucioneve shëndetësore në rajon, specialitetet mjekësore, vendndodhjes (qytet/fshat). Në muajt Prill-Maj u mbledhën anketat e plotësuara dhe filloi edhe përpunimi i tyre sipas rajoneve.

Përcaktimi i numrit/kampionit të anketave sipas rajoneve u bë nga Programi Statistikor – Sample Size Calculator. Ku Margin Error (%) = 4; Confidence Level (%) = 95; Popullata = nr. e mjekëve të regjistruar në Regjistrin Kombëtar sipas Rajoneve për muajin Janar 2018.

Qarku	Nr. i mjekëve	Nr. Anketave të shpërndara	Nr. Anketave të mbledhura
Fier	377	232	219
Kukës	73	66	48
Durrës	465	263	125
Shkodër	266	185	79
Vlorë	120	101	18
Dibër	105	90	43
Gjirokastër	220	162	123
Lezhë	125	104	51
Korçë	194	147	31
Tiranë	3,279	508	121
Berat	175	136	35
Elbasan	327	212	107

E shprehur në grafikun në vijim numri i anketave të mbledhura e shprehur në %.

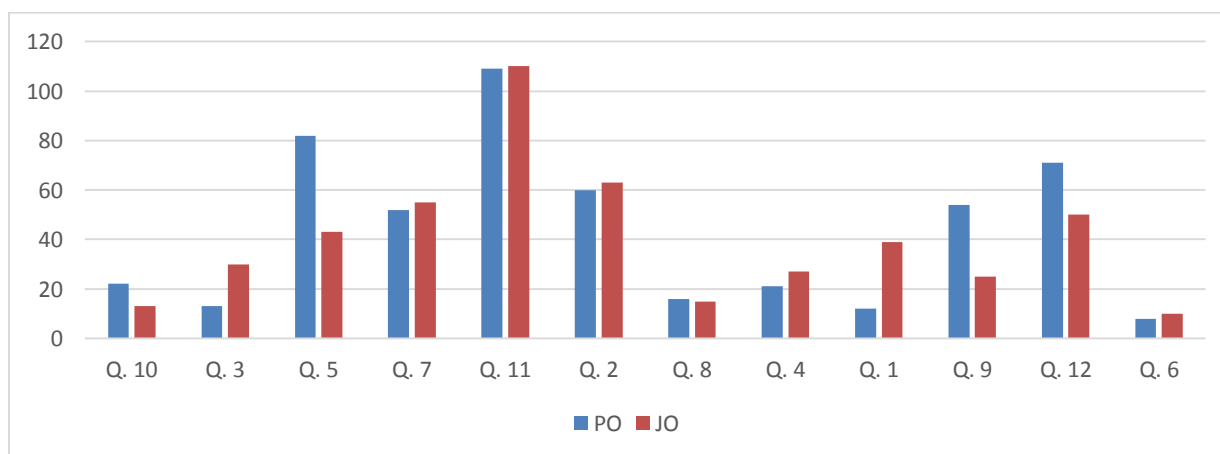


Anketa është e strukturuar me 3 pyetje kryesore:

1. A jeni ndeshur me fenomene dhune gjatë ushtrimit të profesionit (me 11 nën-pika nëse përgjigja është pozitive)
2. Në institucionin ku punoni a keni mjete parandaluese (postera, broshura, koordinator të sigurisë, trajnime për menaxhimin e konfliktit, etj..) (me 7 nën-pika nëse përgjigja është pozitive)
3. A keni sugjerime për veprime konkrete për të luftuar këtë fenomen

Më poshtë paraqiten përgjigjet e ofruara nga mjekët.

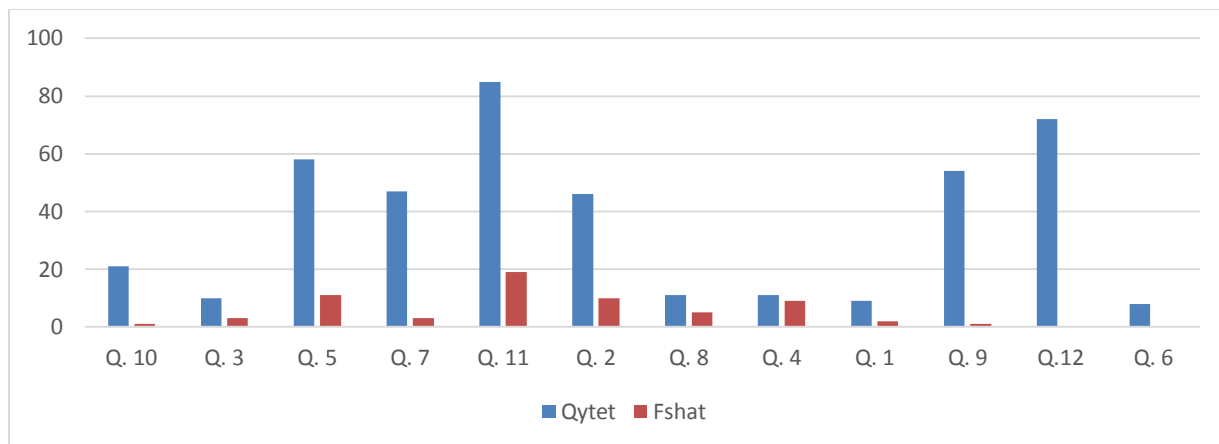
1. A jeni ndeshur me fenomene dhune gjatë ushtrimit të profesionit?



Siç shihet nga grafiku në 5 qarqe predominon përgjigja pozitive, megjithëse edhe në qarqet e tjera shfaqet fenomeni i dhunës thuajse në nivele të barabarta me përgjigjen negative.

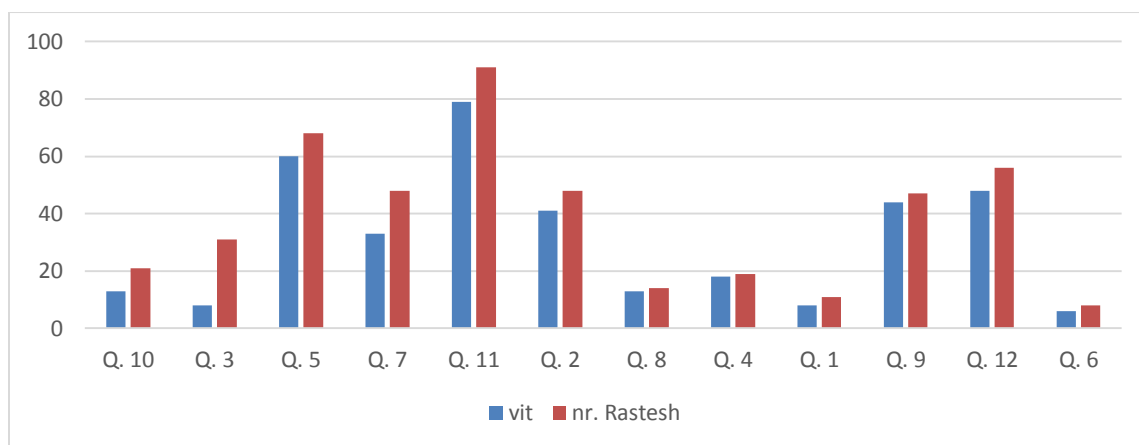
Mjekët të cilët i janë përgjigjur me PO pyetjes 1, vijojnë të ofrojnë informacion për nën-pikat në vijim. Të tjerët kanë kaluar direkt në pyetjen 2.

1.1 Thoni Qytetin apo Fshatin ku punoni



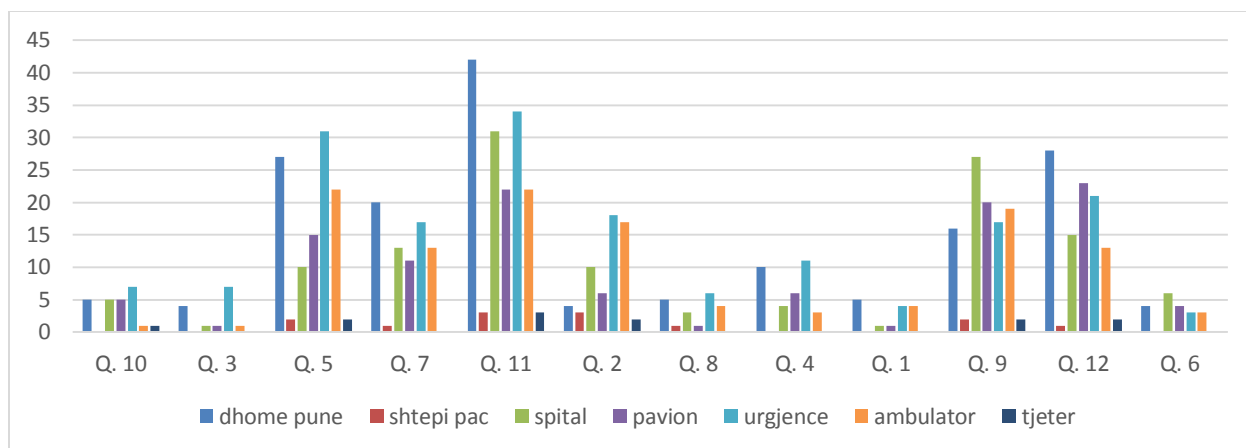
Vihet re që përgjigja më e madhe vjen nga mjekët që ushtrojnë aktivitetin në Qytet, megjithëse mjekët e kanë pasur jo shumë të qartë, pasi kanë ofruar përgjigje - qytet/fshat??. Mbase kanë nënkuptuar prejardhjen e pacientit dhe jo institucionin ku ata punojnë...

1.2 Thoni vitin/tet dhe nr. e rasteve të dhunës



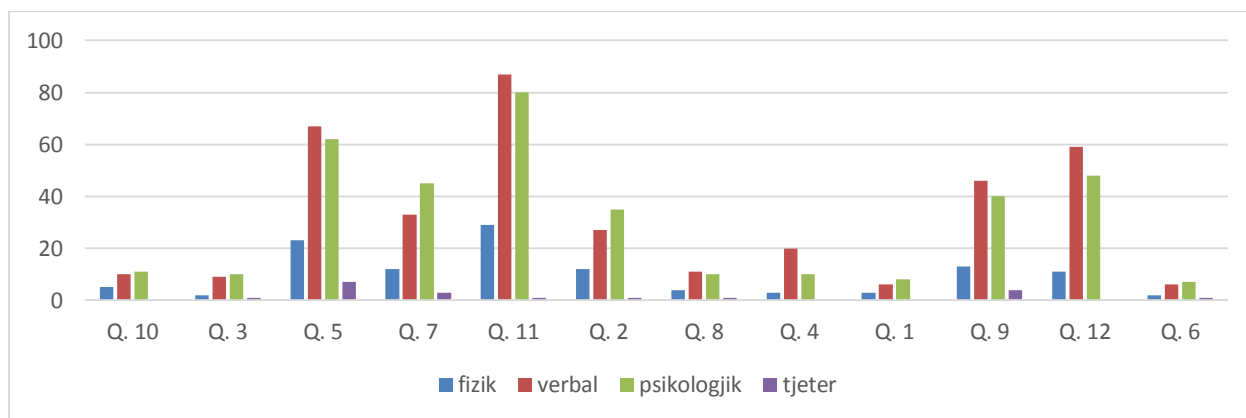
Mjekët kanë raportuar për dhunën në 1 vit të vetëm, disa vite të ndryshme, ose në vijimesi. Dhe rastet e dhunës së raportuar janë 1, 2-3, 5-6 ose shpesh/vijimesi.

1.3 Thoni vendin ku ka ndodhur dhuna, me opsionet: dhomë pune, shtëpi pacienti, spital, pavijon, urgjencë, ambulator, tjetër.



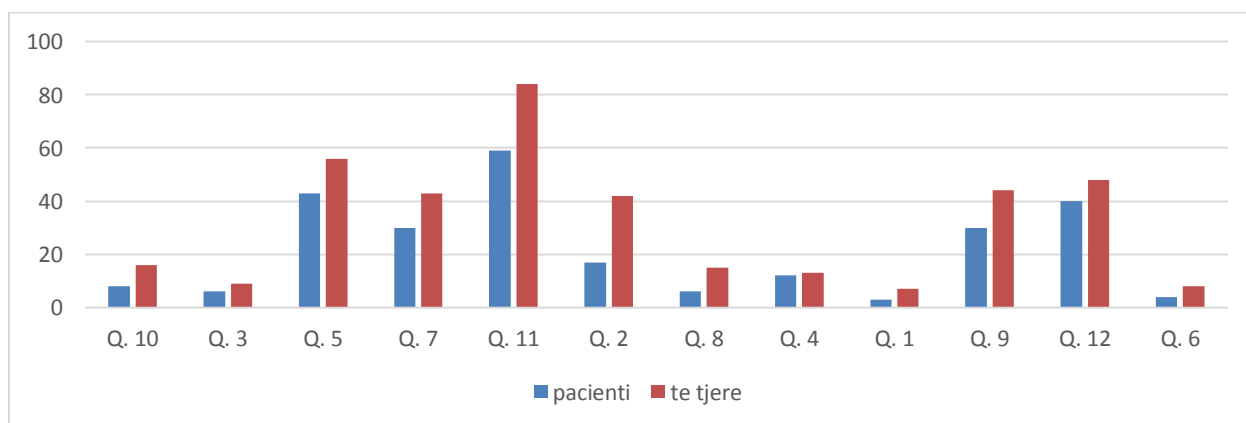
Ku vihet re që dhuna ushtrohet kryesisht në dhomën e punës, në ambientet e urgjencës, në spital; por edhe në oborr të institucionit, rrugë, apo celular.

1.4 Thoni llojin e dhunës, me opsionet: fizik, verbal, psikologjik, tjetër



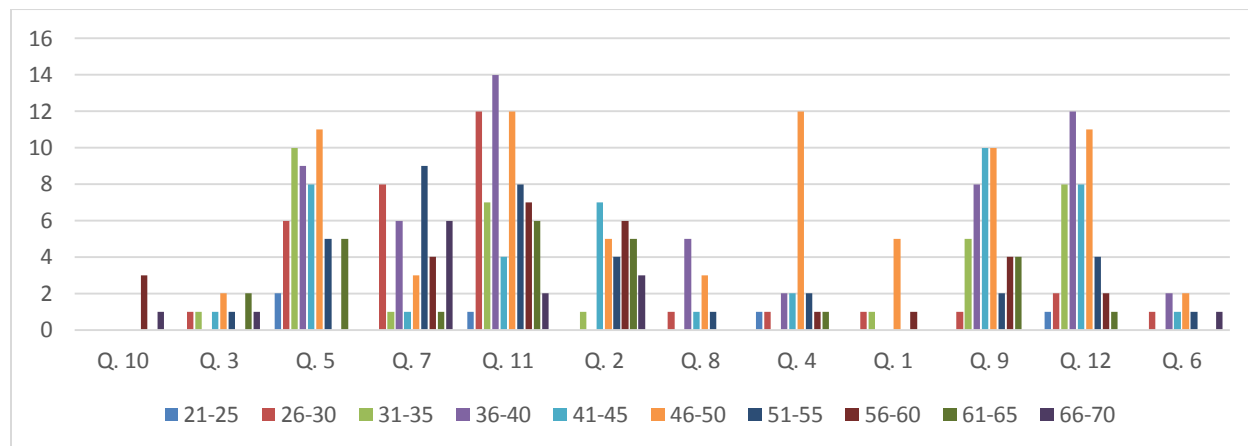
Siç vihet re në grafik predominon dhuna verbale e pasuar nga ajo psikologjike e më pak ajo fizike.

1.5 Thoni nga kush ushtrohet dhuna, me opsionet: pacienti apo të tjerë



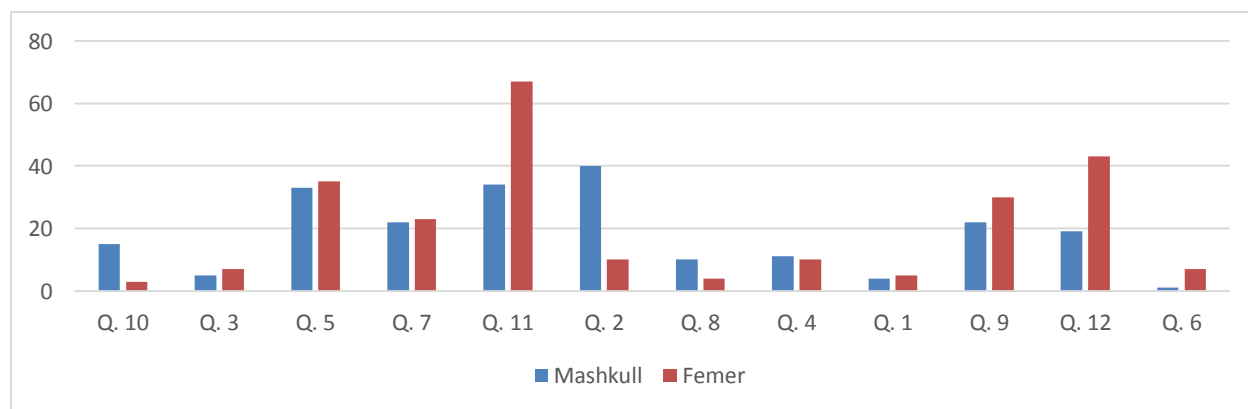
Vihet re që dhuna ushtrohet kryesisht nga personat e tjerë, të specifikuar nga mjekët si: familjarë, të afërm të pacientit, nga kolegë, drejtues shërbimi/institucioni; por nuk mbeten pas edhe pacientët që kryesisht ushtrojnë dhunë verbale dhe psikologjike ndaj mjekëve.

1.6 Ofroni të dhëna mbi profilin tuaj: moshë



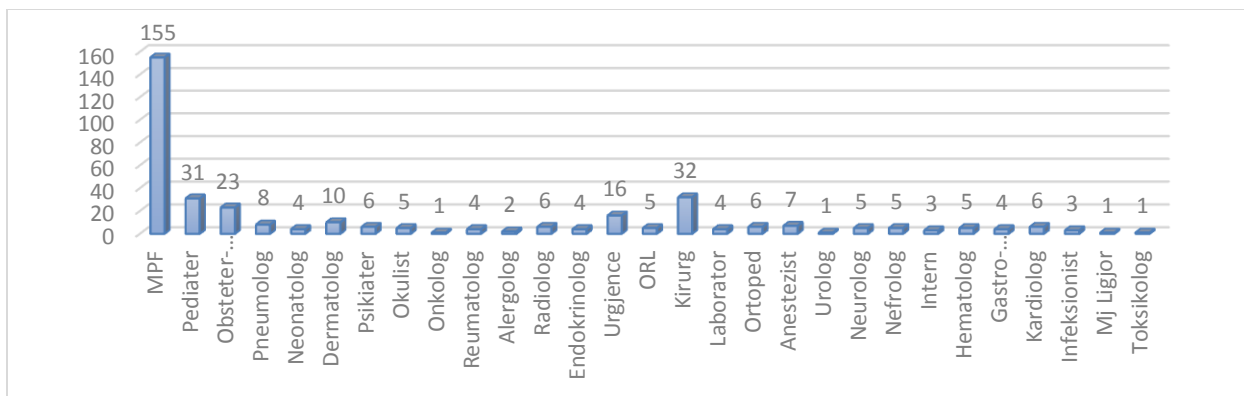
Është konstatuar që edhe pse anonime anketa, përsëri një pjesë e mjekëve nuk kanë ofruar informacion lidhur me moshën që ata kanë. Megjithatë vihet re se dhuna ushtrohet në të gjithë grupmoshat e mjekëve me predominim grupin 36-40 vjeç dhe 46-50 vjeç.

1.7 Ofroni të dhëna mbi profilin tuaj: seksi



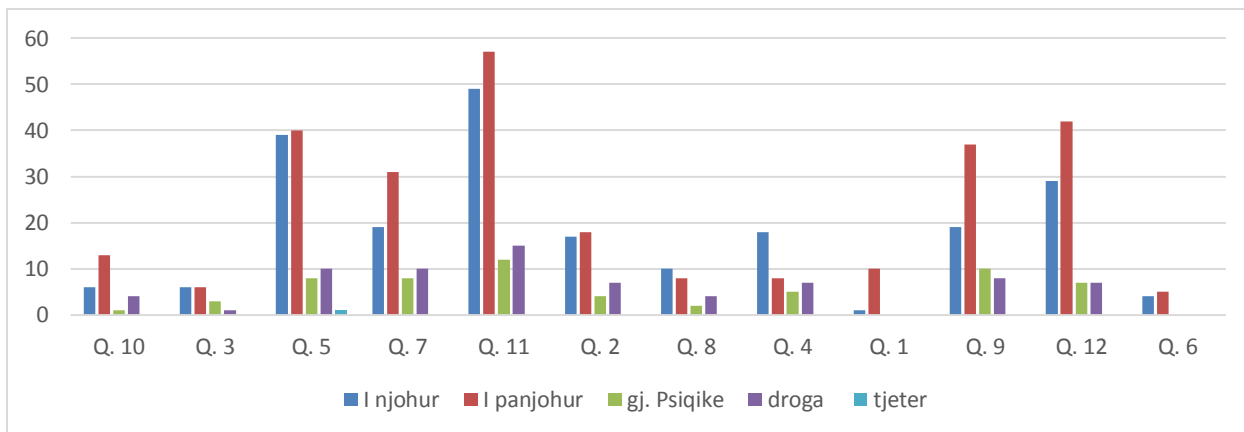
Vihet re që dhuna ofrohet në të dy seksin, por duke parë specialitetin e mjekut, ku një pjesë e madhe janë MPF dhe këta kryesisht janë seksi femër që punon në Qendra Shëndetësore, mund të shpjegohet shifra pak më e lartë e seksit femër që ka raportuar për dhunë ndaj tyre.

1.8 Ofroni të dhëna mbi profilin tuaj: specialiteti



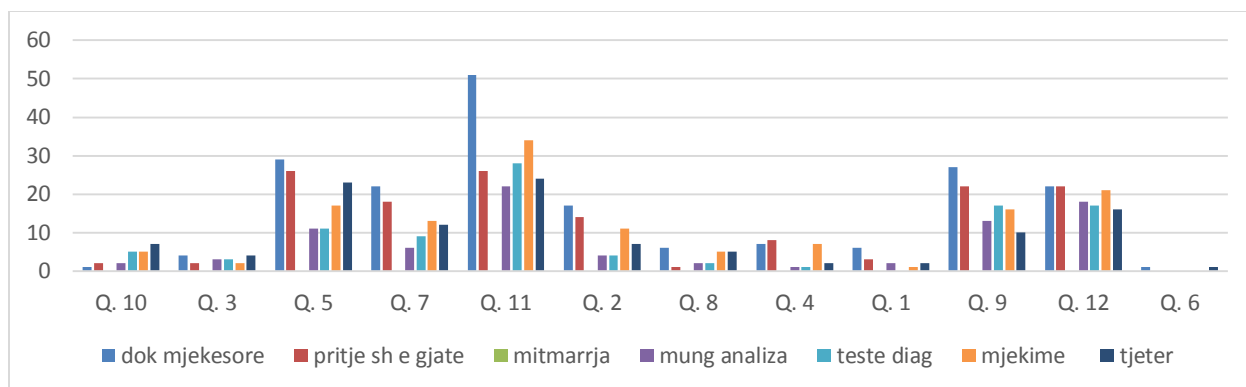
Vihet re të predominojnë Mjekët e Përgjithshëm/Familjes (MPF), Kirurgët, Pediatri, Obstetër-Gjinekologët dhe mjekët e Urgjencës.

1.9 Thoni profilin e dhunuesit, me opsionet: i njohur, i panjohur, në gjendje të rënduar psikike, në varësi nga drogat, tjetër



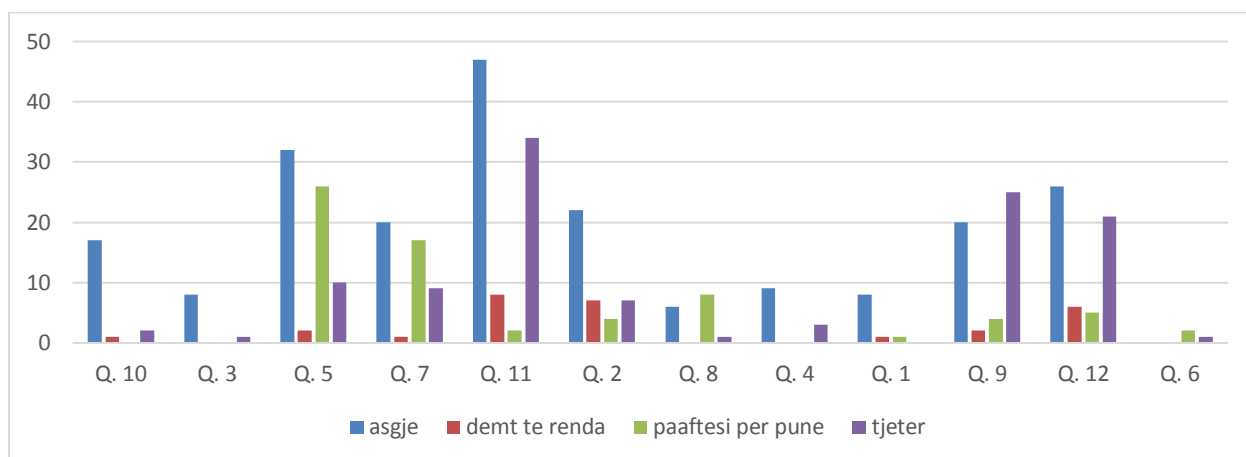
Konstatohet që dhunuesit në një pjesë të mirë janë të panjohur për mjekun që dhunohet, e cila ndiqet nga dhunuesit e njohur (këtu përfshihen pacientët dhe kujdestarët/familjarët e afërm të pacientëve). Raportohet për dhunues në gjendje të rënduar psikologjike, por edhe në varësi të drogave, kryesisht alkoolit.

1.10 Thoni arsyen e dhunës së ndodhur, me opsionet: dokumente mjekësore, pritje shumë e gjatë, mitmarrja, mungesë të analizave/testeve diagnostike/mjekime, tjetër



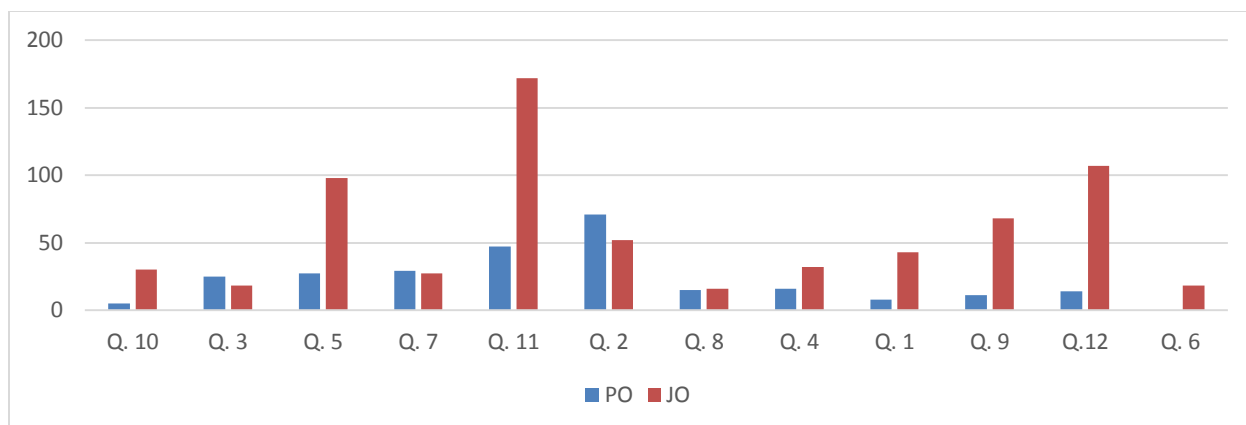
Raportohet që më shpesh dhuna ndodh për dokumente mjekësore, mungesë të mjekimeve (përfshirë rregullat e fundit të nxjera nga FSDKSH për barnat e rimbursueshme), pritje shumë e gjatë, mungesë të testeve diagnostike dhe të analizave. Por raportohen raste dhune edhe për mungesë të transportit me autoambulancë, komplikime të gjendjes së pacientit, gjendje e rëndë e pacientit, apo edhe pretendime nga vetë pacienti apo familjarët.

1.11 Thoni për pasojat që keni nga dhuna, me opsionet: asgjë, dëmtime të rënda, paaftësi për punë, tjetër



Përgjithësisht mjekët raportojnë që nuk kanë pasoja nga dhuna që ushtrohet ndaj tyre (mbase nga që janë mësuar tashmë me dhunën), por raportojnë edhe dëmtime të rënda e deri Burn-Out, apo edhe rënie të dëshirës për të punuar, frikë, stres, pasiguri, cenim të dinjitetit.

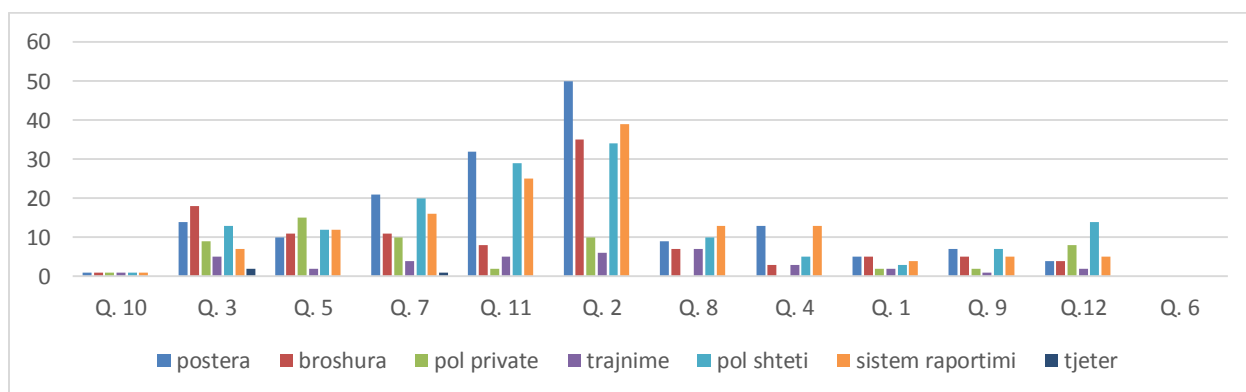
2. Në institucionin ku punoni a keni mjete parandaluese



Siç shihet nga grafiku në 3 qarqe predominon përgjigja pozitive. Por siç vihet re në komentin e grafikut në vijim, mjekët kanë raportuar për mjete të tjera parandaluese dhe jo për dhunën që ushtrohet ndaj tyre.

Mjekët të cilët i janë përgjigjur me PO pyetjes 2, vijojnë të ofrojnë informacion për nën-pikat në vijim. Të tjerët kanë kaluar direkt në pyetjen 3.

2.1 Postera, Broshura, Ndhimë nga Policia Private/Shtetit, Trajtime për menaxhimin e dhunës, sistem raportimi për rastet e dhunës

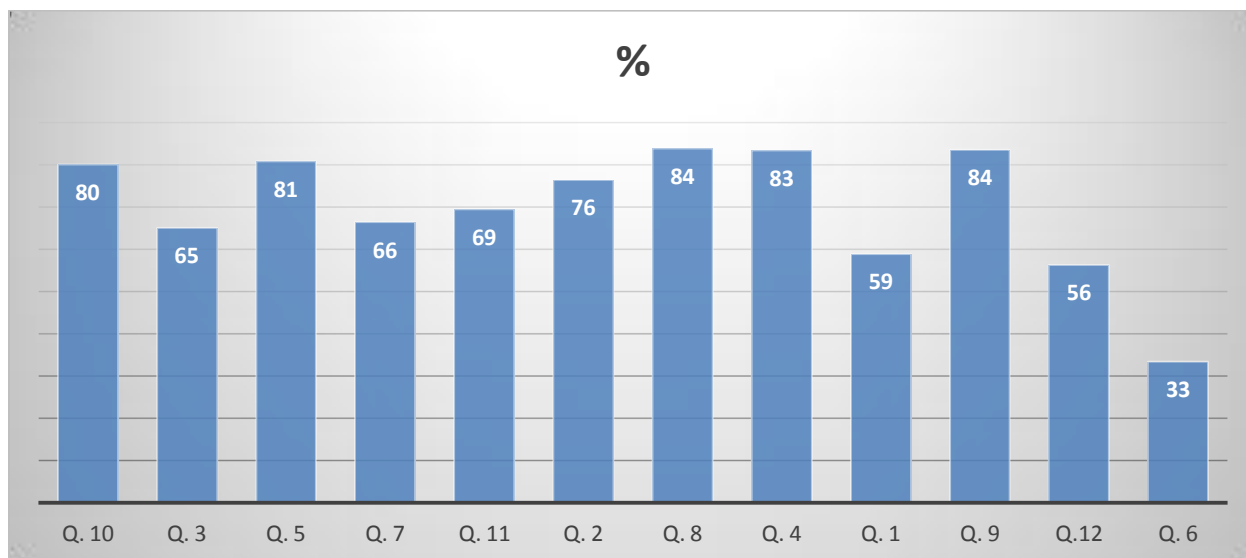


Mjekët raportojnë për pasje të posterave dhe broshurave, por këto janë jo për dhunën ndaj tyre. Kryesisht janë për ushqyerjen me gji; për dhunën ndaj fëmijëve, femrës, apo në familje; për vaksinimin, etj... E po njësoj mundet të bëhet fjalë edhe për trajnimet që janë raportuar.

Lidhur me ndihmën që ofron Policia private, mjekët në më të shumtën e rasteve komentojnë që nuk ndërhyjnë, kurse Policia e Shtetit ju është përgjigjur në kohë në pjesën më të madhe të rasteve kur e kanë thirrur.

Mjekët raportojnë se nuk ka koordinator të sigurisë në institucione dhe rastet e dhunës i raportojnë tek eprori, drejtuesi i institucionit ose në thirrjet e policisë; në ndonjë rast të rrallë në Ministrinë e Shëndetësisë.

3. A keni sugjerime për veprime konkrete për të luftuar këtë fenomen



Vihet re që një përqindje e madhe e mjekëve, të cilët kanë plotësuar anketat, kanë ofruar sugjerime për veprime konkrete. Këto paraqiten në vijim duke filluar me ato që janë më të shpeshta e vijuar me ato më të rralla:

1. Rritje të sigurisë në Institucionet Shëndetësore, veçanërisht në shërbimin e Urgjencës dhe Kujdesit Intensiv në Spitale;
2. Vendosje të kamerave të sigurisë në institucione;
3. Vendosje të postave të policisë në spitale, dhe në qendrat shëndetësore të vendosen polici private e aftë për të ndërhyrë dhe menaxhuar situatat e dhunës;
4. Mbrojtje e të dhunuarve nga policia dhe shteti;
5. Ndryshim të kuadrit ligjor në mbrojtjen e mjekut me Ligj të veçantë, dhe ndryshim të legjislacionit lidhur me gabimet mjekësore;
6. Lobim nga UMSH për “Të Drejtat e Mjekut” dhe vendosjen e një statusi të veçantë për mjekët;
7. Sigurimi profesional i mjekut gjatë ushtrimit të profesionit lidhur me dëmshpërblimet e gabimeve mjekësore në punë;
8. Trajnime të mjekëve dhe personelit shëndetësor mbi menaxhimin e konfliktit;
9. Ndërgjegjësim dhe edukim të popullatës lidhur me kulturën mjekësore, dokumentacionet mjekësore, rolin e mjekut dhe vlerësimin e figurës së tij;
10. Rritje të marrëdhënies Mjek-Pacient/Familjar nëpërmjet rritjes dhe përmirësimit të komunikimit etik;
11. Rritje të komunikimit etik Mjek-Mjek dhe punonjës shëndetësor;
12. UMSH të mbrojë mjekët dhe rrisë presionin në instancat përkatëse kundër dhunës ndaj mjekëve;
13. Përmirësim të kushteve dhe ambienteve të punës, shtim të personelit, aparaturave, barnave, protokolleve mjekësore, fuqizim të repartit të informacionit, rishikim të kufizimit të barnave;

14. Caktim të koordinatorit të sigurisë në ISH, vendosje të posterave dhe broshurave kundër dhunës ndaj mjekëve, ngritje të një sistemi raportimi të dhunës;
15. Broshura sqaruese lidhur me procedurat që duhet të ndjekë pacienti për të marrë shërbim shëndetësor.

Në përfundim mund të themi se:

- Sigurisht ndaj mjekëve ushtrohet dhunë, pavarësisht moshës, seksit, specialitetit, vendit të ushtrimit të profesionit;
- Shkaqet e dhunës janë nga më të ndryshmet dhe të shumta, por kryesisht predominon ajo për mungesë të dokumenteve mjekësore, pritja shumë e gjatë dhe barnat mjekuese;
- Dhunuesit kryesisht janë familjarët apo të afërmit e pacientit, por edhe pacientët në ushtrimin kryesisht të dhunës verbale;
- Nuk ka mjete si: postera apo broshura lidhur me dhunën ndaj mjekëve, policia private shpesh është e paaftë të ofrojë ndihmë, ndërsa policia e shtetit ndërhyr kur kërkohet;
- Nuk ka sistem raportimi të dhunës – mjekët janë konfuzë lidhur me raportimin e rasteve të dhunës.

VEPRIMTARI NDËRKOMBËTARE

MBLEDHJA E BORDIT DHE ASAMBLESE SË KOMITETIT TË PËRHERSHËM TË MJEKËVE EVROPIAN

(CPME- Standing Committee of European Doctors)

Bruksel 13-14 Prill 2018

Në datën 13-14 Prill 2018 në Bruksel, një delegacion i UMSH-së mori pjesë në mbledhjen e zakonshme të pranverës të Bordit dhe Asamblesë së Komitetit të Përhershëm të Mjekëve Evropian (CPME- Standing Committee of European Doctors).

Në ditën e parë të kësaj veprimtarie u diskutuan probleme aktuale të profesionit mjekësor në vendet e Bashkimit Evropian. U fillua me një tavolinë të rrumbullakët të presidentëve të organizmave anëtare dhe vëzhguese (nga Shqipëria, Serbia, Turqia, Izraeli, etj..). Në këtë tavolinë mori pjesë edhe i dërguari i Komisionerit Evropian për Shëndetësinë, i cili lexoi një përshendetje të tij. Në të flitej për politikën shëndetësore dhe mjedisore Evropiane, vaksinat, rezistencën mikrobike, etj... Duke vazhduar me pyetje përgjigje dhe diskutime nga presidentët pjesëmarrës. Pati shumë diskutime mbi sugjerimet që BE të vendosë një dysheme të saktë të % të GDP të gjithë vendeve anëtare për shëndetësinë, nivelin e standardeve shëndetësore si dhe afatin kohor të kontrollit të teknologjisë mjekësore.

Më tej u vazhdua me dëgjimin e raporteve kombëtare nga disa pjesëmarrës si:

- Shoqata Mjekësore *TURKE* pasi prezantoi veprimtarinë e saj, bazën ligjore ku mbështetet, anëtarësinë e saj, etj., foli për akuzën pa bazë nga qeveria turke dhe veprimet e paprecedent të policisë duke bastisur zyrat e saj dhe arrestimin e disa anëtarëve të stafit.
- Shoqata mjekësore *GREKE* në raportin e saj u përqëndrua në kushtet e vështira të punës në shërbimin shëndetësor grek të shkaktuara nga kriza ekonomike, kriza e refugjatëve sirianë, largimi i mjekëve për në vende të tjera evropiane, etj...
- Në raportin *ÇEK* u theksua mungesa e personelit mjekësor si dhe kërkesat rigorozë për provimet që duhet të japin mjekët e huaj si dhe domosdoshmërinë e njohjes së gjuhës vendase.

Në seancat e pasdites u zhvilluan takime paralele për problematika të ndryshme si:

- Shëndeti i refugjatëve. Në këtë material u evidentua rëndësia e trajtimit me dinjitet dhe respekt të plotë pavarësisht situatës së tyre të vështirë. Zbatimi i Etikës dhe Deontologjisë Mjekësore është prioritet i shërbimit shëndetësor të ofruar ndaj tyre. Zgjidhja e vështirësive për të patur shërbimet shëndetësore të nevojshme dhe të vazhdueshme deri në integrimin e plotë në shoqëritë e vendeve pritese mbetet një sfidë e rëndësishme në qëndrimet ndaj tyre.
- Diskutime mjaft interesante pati rreth materialit të paraqitur nga grupi përkatës i punës mbi praktikën profesionale. Duke vlerësuar rëndësinë e problemit dhe diversitetin e madh nga njëri vend në tjetrin gjatë implementimit të këtij elementi të rëndësishëm të formimit profesional të mjekëve të rinj u vendos ti propozohej asamblesë që vendimarrja të shtyhej për në asamblenë e vjeshtës.
- Për materialin mbi dietën, ushqyerjen dhe veprimtarinë fizike (stili jete i shëndetshëm) pati një unitet dhe konvergim të natyrshëm të gjithë diskutuesve.

Në ditën e dytë u zhvillua mbledhja e asamblesë. Pas apelit dhe kontrollit të mandateve për të gjithë pjesëmarrësit u kalua në paraqitjen e raportimeve nga gjithë sektorët e punës së komitetit. Për çështjet financiare u dëgjuan dhe u aprovuan shpenzimet buxhetore për të dy vitet (2017 dhe 2018), realizimet, kontrollet e auditeve të brendshme dhe të jashtme, realizimet dhe mangësitë nga detyrimet e anëtarësimeve për disa anëtarë, etj...

Në probleme të brendshme u fol për aplikimin për anëtarësimin nga shoqata ndërkombëtare dhe qëndrimet nga GMC pas Brexit.

Në vazhdimësi u dëgjuan raportimet mbi bashkëpunimin midis CPME dhe organizatave të tjera si: WMA, EMSA, EUMASS, EFMA, CEOM, UEMS, etj...

Në seancën e fundit u diskutuan: kalendari ndërkombëtar i veprimtarive të shoqatave mjekësore, çështje të tjera, si dhe u vendos për zhvillimet e Asamblesë për 2019.

Në mbyllje dr. J de Haller bëri konkluzionet e takimit si dhe falenderoi të gjithë kontribuesit në diskutimet dhe vendimarrjet e rëndësishme të kësaj veprimtarie.

MBLEDHJA E 121 E ASAMBLESE MJEKËSORE GJERMANE

8-11Maj, Erfurt - Gjermani

Ky është aktiviteti vjetor më i rëndësishëm i Shoqatës Mjekësore Gjermane. Ishte qyteti i Erfurt vendi pritës për këtë vit. Siç dihet përveç një numri të madh delegatësh vendas në këtë veprimtari thirren edhe delegacione përfaqësues të organizmave botërore, evropiane dhe homolog të shumë vendeve. Edhe UMSH-ja këtë vit mori pjesë ndërmjet të ftuarve të shumë ndërkombëtar.

Në mbrëmjen e datës 7 Maj u organizua një pritje e veçantë për delegacionet e huaja në Teatrin e Erfurtrit. Të pranishmëve iu urua mirëseardhja nga Presidentja Lokale e Dhomës së Mjekëve të Thuringias dr. Ellen Lundershausen, si dhe Ministria e Landit përkatës për Shëndetësinë, Punën, Çështjet Sociale, Gratë dhe Çështjet Familjare znj. Heike Werner. Në emër të delegacioneve të huaja përshëndeti dr. Davide Barbe, President i Shoqatës Mjekësore Amerikane.

Të nesërmen në 8 Maj veprimtaria u çel me një ceremoni hapëse të kuruar me shumë kujdes dhe të drejtuar nga prof. F. U. Montgomery, President i Shoqatës Mjekësore Gjermane. Në fjalën e tij ai bëri një bilanc të veprimtarisë midis 2 asambleve, shpjegoi rëndësinë e axhendës së këtij viti, falenderoi pjesëmarrësit, autoritetet vendore (kombëtare dhe lokale) të pranishme, mysafirët ndërkombëtar, etj...

Më tej morën fjalën Ministri i Shëndetësisë së Gjermanisë, kryetari i Komisionit të Shëndetësisë, Punës, Çështjeve Sociale të Parlamentit Gjerman, Kryetari i Bashkisë së Erfurtrit, Presidenti i Shoqatës Botërore të Shëndetësisë, President i Komitetit të Përhershëm Evropian të Mjekëve, etj... Midis fjalimeve kishte intervale muzikore si dhe u kujtuan mjekët e vdekur në vitin e fundit, ju dhanë çmimet 5 shkencëtarëve mjekësor gjerman më të dalluar gjatë këtij viti, u uruan ata që kishin ditëlindjen më 8 Maj, etj...

Pas një pushimi u zhvillua ceremonia e përshëndetjes së delegacioneve të huaja pjesëmarrëse duke u thirrur në emër dhe përshëndetur një nga një. Më tej u fillua sipas axhendës. Problem kryesor që do të diskutohej ishin kurikulat, zhvillimi dhe çertifikimi i specializimeve në Gjermani. Sigurisht krahas diskutimeve organizative kishte seanca referimesh shkencore ku prezantoheshin arritjet bashkohore të mjekësisë gjermane dhe botërore në një nivel mjaft të lavdërueshëm.

Në datën 9 Maj u zhvillua një tavolinë e rrumbullakët me delegacionet e vendeve pjesëtare të ZEVA për të caktuar axhendën e takimit të radhës në Pragë në muajin Shtator.

MBLEDHJA PLENARE E CEOM (KËSHILLIT EVROPIAN TË URDHRAVE TË MJEKËVE)

14-15 Qershor 2018

Timishoara, Rumani

Më dt. 14-15 Qershor 2018 u zhvillua mbledhja plenare e radhës për Këshillin Evropian të Urdhrave të Mjekëve (CEOM) në Timishoara, Rumani. Krahas 15 delegacioneve pjesëmarrës në këtë veprimtari mori pjesë edhe delegacioni i UMSH-së për herë të parë si anëtar me të drejta të plota. Ceremonia hapëse filloi me përshëndetjen e dr. G. Borcean, president i Urdhrit të Mjekëve

të Rumanisë. Më tej morën fjalën dr. J. Santos president i CEOM si dhe z. N. Robu, kryetar i Bashkisë së Timishoarës e prof. Dr. M. Raica, rektor i Universitetit Mjekësor të Timishoarës.

Seanca e parë e punimeve u hap me referimin e dr. A. Conte (Itali) të titulluar: “Doktor a është e vertete se ka një website të mjekeve kundër *“fake news”*. Aty në një mënyrë interesante dhe kompetence të lartë profesionale u fol për përhapjen shqetësuese të *fake news* mjekësore. Folësi sqaroi dëmin e madh që shkakton ky fenomen për shëndetin e njerëzve dhe lëkundjen e besimit në praktikat shkencore të këshilluara nga mjekët për respekt të protokolleve diagnostik dhe terapeutik. Më tej u theksua roli i mjekut (veçanërisht i *mjekut të familjes* si kontakt i parë me publikun) për sqarimin e këtyre lajmeve të rreme dhe propagandimin e trajtimit të drejtë të problemeve shëndetësore. Kjo duhet bere për të mbrojtur shëndetin e njerëzve si dhe rolin, reputacionin dhe përgjegjësinë e profesionit mjekësor në ruajtjen e shëndetit dhe mirëqënies së publikut. Jo gjithçka që përhapet me mjetet e komunikimit masiv është e saktë, është shumë e rëndësishme që njerëzit të dyshojnë për saktësinë e atyre që dëgjojnë e lexojnë në internet. Gjithmonë të konsultohen me mjekun e tyre përpara se të aplikojnë metodat që shpesh paraqiten si çudibërëse duke zgjidhur gjithçka e duke rrëzuar procedurat mjekësore shkencore të vërteta. Në Itali mjekët kanë një website që sqaron qëndrimin ndaj *fake news* që përhapen me shpejtësi në publik.

Me shumë interes u ndoq edhe referimi pasues i dr. B. Arbomont (Francë): “Mbi ndihmën reciproke midis mjekëve brenda “Këshillit mjekësor francez”. Folësi shtjelloi 2 ide të rëndësishme, si:

- Siç na kanë mësuar ne, ashtu duhet të mësojme edhe ne të rinjtë.
- Grupimet profesionale duhet të ndihmojnë mjekët apo familjet e tyre në momente të vështira për ta.

Kjo seancë u mbyll me referimin e dr. A. Vasiadis: “Përgjegjësia mjekësore dhe mjekësia difensive”. Në material u theksuan arsyet e kësaj dukurie që vërehet kudo në Evropë. U theksuan dëmet e saj për të sëmurin si dhe koston e rritur në shërbimet shëndetësore.

Seanca e dytë ju kushtua: “*Kartës Evropiane për rregullimin mjekësor*” të prezantuar nga dr. JR. Huerta (Spanjë). Drafti u diskutua gjerësisht dhe u aprovua në parim. Ai do të rishikohet për t’ju bërë korigjimet e nevojshme dhe aprovimi përfundimtar do të bëhet në takimin e ardhshëm të fundvitit.

Seanca pasuese ju kushtua problemit të dhunës ndaj mjekëve. U dëgjuan 2 referime.

- “*Raporti kombëtar portugez*” nga dr. J. De Deus.
- “*Të dhënat e para të Observatorit Evropian mbi dhunën ndaj mjekëve*” nga dr. R. Kerzmann.

Debati u ndal në këto çështje: të dhënat, shkaqet, vendet dhe format e shfaqjes, mjetet si ta trajtojmë (etike, ligjore).

Me shumë interes u ndoq edhe seanca tjetër kushtuar telemjekësisë. Pas një raportimi kërkimor të prezantuar në emer të GMC (Këshilli i Përgjithshëm Mjekësor, Britani). U diskutua mbi qëndrimet e trupave rregullatore mjekësore mbi këtë degë të re, mjaft të përdorur në shërbimin

shëndetësor. Diversiteti i mendimeve të shprehura bëri që ky argument të jetë pjesë e agendave në takimet e ardhshme.

Tavolina e rrumbullakët rreth “vëzhgimeve evropiane mbi aksesin e të sëmurëve në kujdesin parësor në fundjavë dhe në orët e natës” ngjalli diskutime të shumta. Përveç detyrimeve të administratës së qendrave shëndetësore parësore theks i veçantë u vu në respektimin e detyrimeve etike profesionale si dhe vullnetaritetit të mjekëve.

Seanca e fundit e punimeve ju kushtua marrëdhënieve mjek-pacient. Pas prezantimeve të bëra mbi problemin u propozua nga dr. JR. Huerta (Spanjë) që UNESCO-s ti paraqitej kërkesa për të shpallur marrëdhëniet Mjek-Pacient si trashëgimi kulturore e veçantë.

Para fjalës përmbledhëse të presidentit J. Santos u aprovua Kalendari i aktiviteteve të ardhshme të CEOM. Një zëri u aprovua ftesa e UMSH-së që takimi i Qershorit 2019 të mbahet në Tiranë.

*Dr. Dritan Trepçe
Zv. President i UMSH*

“PËRGJEGJËSIA PROFESIONALE, ETIKE DHE PENALE E MJEKUT - KUFIJTË DHE SFIDAT”

TRYEZA E RRUMBULLAKËT E “ODËS SË MJEKËVE TË KOSOVËS”

14 Maj 2018, Prishtinë

Më 14 Maj në Prishtinë u organizua një veprimtari mjaft interesante, në formën e një tavoline të rrumbullakët, nga Oda e Mjekëve të Kosovës (O.M.K) me temë: “Përgjegjësia profesionale, etike dhe penale e mjekut- kufijtë dhe sfidat”.

Drejtuesit e O.M.K për trajtimin e këtij problemi, të rëndësishëm, mjaft aktual, kishin ftuar Ministrin e Shëndetësisë dhe Ministrin e Drejtësisë së Kosovës, kryetarin e komisionit parlamentar të shëndetësisë, kryetarin e komisionit parlamentar për ligjet, kryeprokurorin e shtetit, avokatin e popullit, drejtues të institutit të mjekësisë ligjore, inspektoratin shëndetësor, përfaqësues të sindikatave, shërbimeve shëndetësore kryesore, shoqatave të pacientëve si dhe përfaqësues nga organizmat profesionale homologe nga Shqipëria, Sllovenia, Kroacia, Mali i Zi, Maqedonia si dhe Sekretarja e “Komitetit të përhershëm të mjekëve Evropian” znj. Annabel Seebom. UMSH u përfaqëua nga presidenti dr. F. Brahimaj dhe sekretarja e përgjithshme znj. Kontilia Rapo.

Pas përshëndetjes mirëseardhëse të organizatorëve ju dha fjala autoriteteve të larta shtetërore (ministrave të pranishëm, kryetarëve të komisioneve parlamentare) të cilët vlerësuan rëndësinë e problemit dhe nevojën e ngutshme për një mbarështrim sa më të drejtë të tij, duke shprehur gadishmërinë e institucioneve të tyre për pjesëmarrje aktive drejt zgjidhjeve të përshtatshme të tij.

Më tej u vazhdua me programin e veprimtarisë duke dëgjuar së pari paraqitjen nga presidenti i O.M.K dr. Pleurat Sejdiu, i gjendjes aktuale, të trajtimit jo të përshtatshëm të përgjegjësisë së

mjekut. Ai pasi foli mbi përgjegjësinë e mjekut gjatë ushtrimit të profesionit e cila është shumë-planëshe: profesionale, etike, penale, civile dhe disiplinore. Të gjitha këto janë të ndërlidhura me njëra-tjetrën. Përkufizimi sfidues në mes tyre shprehet nëpërmjet përgjegjësisë profesionale, etike dhe penale. Më tej ai insistoi se gjithçka duhet filluar, nënvizoi ai, nga përcaktimi i qartë, i drejtë dhe adekuat i statusit të mjekut. Në bazë të tij të dalin kriteret kryesore të përcaktimit të përgjegjësisë juridike. Baza statutoe e mjekut aktualisht nuk është e rregulluar në mënyrë të veçantë ligjore. Mjekët trajtohen në mënyrë të përgjithshme si shërbyes publik, nuk trajtohen në mënyrë të veçantë për shkak të veprimtarisë së tyre. Ligji aktual për shëndetësinë ka mangësi në përcaktimin e autorizimeve, përgjegjësisë, kompetencave të mjekut dhe profesionistëve të tjerë të shëndetësisë. Me detaje ai shpjegoi aspektet e përgjegjësisë së mjekut. Me shumë shqetësim ai trajtoi edhe tendencën në rritje të akteve të dhunës ndaj mjekëve si një trajtim vulgar, i pafalshëm dhe mjaft i gabuar i “përgjegjësisë” së mjekut.

Me shumë vëmendje u dëgjua eksperti i mjekësisë ligjore dr. A. Gërxhaliu në prezantimin e neglizhencës mjekësore, gabimet mjekësore dhe fatkeqësive mjekësore. Ai insistoi në dallimin e tyre dhe raportet me përgjegjësinë e bluzave të bardha.

Në një seancë të veçantë u dha eksperiencia e CPME (Komiteti i Përhershëm Evropian) nga përfaqësues të vetëm të tyre pjesëmarrës. (përvojat slloake e kroate ishin mjaft interesante).

Në një seancë diskutimesh, nga disa pjesëmarrës u dhanë hollësi dhe sugjerime për ndryshimin sa më të shpejtë të situatës aktuale, gjë jo fort e lehtë dhe që kërkon një përfshirje të mbarë shoqërisë së vendit. Vetëm kështu do të realizohen jo vetëm ndryshimet ligjore të duhura, por do të shkojmë ndryshimit të mentalitetit të shoqërisë për trajtimin e gabimeve mjekësore si veprim rrënjësor ndaj të cilit të reagohet në mënyrë humane si në gjithë botën e qytetëruar.

Presidenti i UMSH-së dr. F. Brahimaj prezantoi gjendjen në vendin tonë, nevojën e menjëhershme për ndryshime ligjore edhe tek ne, si dhe përpjekjet që bëhen për arritjen e këtij objekti.

Në fund u aprovua një deklaratë për shtypin vendas për njohjen e problemit dhe nevojën e ngutshme të ndryshimeve ligjore si dhe mentalitetin e opinionit publik mbi trajtimin e tij.

VEPRIMTARI MBARËKOMBËTARE

**‘ROTARY CLUB TIRANA’ NDERON FIGURËN E PROF. RUSHEN
GOLEMIT PËR KONTRIBUTIN NË FUSHËN E SHKENCËS SË
MJEKËSISË DHE TË PEDAGOGJISË**

Në mjediset e Hotel “Rogner”, ‘Rotary Club Tirana’ organizoi më dt. 6 Qershor 2018 një takim për të nderuar figurën e profesores Rushen Golemi, mjeke e talentuar që u shua në muajt e fundit.

Në takim veç organizatorëve morrën pjesë familjarë të prof. Rushenit, kolegë, nxënës dhe bashkëkohës të saj. Takimin e hapi z. Florian Salaj, President i ‘Rotary Club Tirana’. Pastaj folën kolegë e bashkëpunëtorë të prof. Rushenit, prof. Flamur Tartari dhe prof. Lluka Heqimi, të cilët evokuan cilësitë e rralla të prof. Rushenit si mjeke e talentuar dhe mbi të gjitha si grua me zemër të madhe që ndihmoi të gjithë. Klinika ishte familja e saj e dytë, atje ku ajo dha kontribute të veçanta, sidomos në mjekimin e ulçerave dhe si një mjeshtre për mjekimin kirurgjikal të osteomielitit. Për virtytet e larta profesionale, etike dhe si pedagoge e talentuar, prof. Rushen Golemi ka marrë titullin “Mjeshtre e Madhe”.

I biri i prof. Rushenit, Kostandini, u shpreh se edhe si familje e kanë ndjerë dashurinë e pacientëve si nga ana profesionale ashtu dhe njerëzore. Ai falenderoi pjesëmarrësit dhe ‘Rotary Club’ për nderin që i bëhet nënës dhe familjes së tij.

Në përfundim, ‘Rotary Club’ në vlerësim të punës si mjeke e palodhur, pedagoge dhe për vlerat morale të prof. Rushen Golemit, e nderoi me ‘Certifikatë mirënjohje’.

Dr. Faik Toska

KONFERENCË MBI SIGURINË DHE SHËNDETIN NË PUNË

Më 31 Maj 2018, në Hotel Mondial, u debatua për sigurinë dhe shëndetin në punë, si një çështje aktuale jo vetëm për vendin tonë por gjithashtu e rëndësishme për stadin në të cilin jemi. Çështja në fjalë ishte në vetvete një nismë e Konfindustrisë në vendin tonë, me president Zotin Carmino Cipro, i cili e ndërmorri këtë aktivitet në bashkëpunim me pedagogë të Mjekësisë së Punës dhe të Mbrojtjes në punë të Universitetit të Chietos në Itali dhe me aktivistë të tjerë në fushën e parandalimit të aksidenteve dhe të sëmundjeve që lidhen me punën. Në fokus të takimit ishte zbatimi i Ligjit nr. 10237 dt. 18.02.2010 “Mbi sigurinë dhe mbrojtjen në punë”, apo i Ligjit nr. 81 të vitit 2008 italian “Mbi mbrojtjen e shëndetit në vendet e punës”, i diskutuar nga të ftuarit italianë. E parë me kujdes, ligjet e të dy vendeve kanë si emërues të përbashkët problemin esencial të mbrojtjes së shëndetit dhe e mirëqenies në punë, duke synuar në masat parandaluese të aksidenteve, dëmtimeve të shëndetit nga faktorë të ndryshëm profesional dhe zbulimin e hershëm të sëmundjeve e helmimeve profesionale. Në këtë kuadër ishte me interes tema: “Mbi sigurinë në punë dhe detyrimet normative në Evropë”, e prezantuar nga dr. R. Mangife e Universitetit të Chietos në Peskara.

Për argumentet që trajtohen në aktivitet dhe për rrugët që duhen ndjekur për përmirësimin e gjendjes, organizatorët e takimit kishin ftuar të gjithë aktorët që mund të kontribuojnë për përmirësimin apo çuarjen përpara, siç janë drejtues të ministrive, të inspektorateve të punës dhe inspektoratit sanitar shtetëror, drejtues ndërmarrjesh dhe të sigurimit në punë, nga universiteti Shtetëror i Tiranës dhe mjekë të ndërmarrjeve.

Çështjet që u diskutuan mendoj se ishin shumë të rëndësishme, sepse bënë fjalë për zbatimin e ligjshmërisë për sigurimin dhe shëndetin në punë, lidhur me ngritjen në të gjitha nivelet të kulturës parandaluese të dëmtimeve dhe sëmundjeve, falë një pune të mirë-organizuar e të koordinuar nga të gjitha hallkat, të inxhinierisë së ndërtimit, asaj sanitare, të sigurimit në punë dhe të mjekëve të punës.

Në këtë kuadër u nënvizua roli dhe misioni i madh që ka mjeku i ndërmarrjes, i cili duhet të punojë si një specialist me njohuri të thella të kushteve të punës, të ngarkesës në punë dhe të ekspozimit ndaj lëndëve toksike dhe të faktorëve të tjerë dëmtues në ndërmarrje.

Sigurimi në punë dhe obligimet normative në Evropë ishte një temë e trajtuar nga prof. M. Gioachini i Universitetit të Chietos. Duke pasur parasysh normat dhe kërkesat e Komunitetit Evropian, të prezantuara nga prof. Gioachini, referuar përmirësimit dhe respektimit të normave mbi sigurimin dhe shëndetin në punë, del se vendi ynë është larg asaj që kërkohet dhe që nuk përputhet me objektivin si vend që aspirojnë të aderojnë në Komunitetin Evropian. Prandaj konferenca të këtij lloji do të kishin nevojë për trajtime të thella më të gjera të njohjes së raporteve midis ekspozimit dhe të efekteve në përgjegjësi.

Në konferencë u theksua se zbatimi me efektivitet i këtyre ligjeve dhe i akteve të tjera nënligjore.

Konferencat e takimit mbi sigurinë dhe shëndetin në punë duhet të jenë tribunë e diskutimeve komplekse për sensibilizimin në drejtim të rritjes së kërkesave nga të gjitha hallkat, sepse shëndeti në punë përbën një element parësor të mirëqenies fizike, mendore dhe psikike të punonjësve.

Këshilli Kombëtar i Urdhrit të Mjekëve

TELE-LEKSIONE MULTIDISCIPLINORE – RËNDËSIA E SËMUNDJEVE KARDIOVASKULARE, ENDOKRINE DHE TË MUSHKËRIVE; ROLI DHE RËNDËSIA KYÇ E MJEKUT TË FAMILJES NË DIAGNOSTIKIM, TRAJTIM DHE NDJEKJEN E TYRE

Më dt. 05.07.2018 në auditorët/sallat e Telemjekësisë në Qendrën Spitalore Universitare “Nënë Tereza”, spitalet rajonale Korçë, Fier, Shkodër, Vlorë, Kukës, Dibër, Lezhë, Durrës, Elbasan, Berat, Gjirokastër, Prishtinë dhe Prizren-Kosovë u zhvillua aktiviteti i tele-leksioneve me pjesëmarrje të mjekëve të përgjithshëm/familjes, endokrinologë, kardiologë dhe pneumologë. Aktivitet ky i organizuar nga Këshilli Kombëtar i UMSH.

Aktiviteti u konceptua me dy seanca, ku në të parën u mbajtën 3 leksione mbi sëmundjet kardiovaskulare, diabeti melitus tip 2 dhe SPOK përkatësisht nga prof. dr. Artan Goda, prof. dr. Agron Ylli dhe prof. dr. Perlat Kapisyzi, të cilët u fokusuan gjatë leksioneve në vendosjen e diagnozës dhe trajtimin e pacientëve me probleme të patologjive kardiovaskulare, diabet melitus tip 2 dhe sëmundjen pulmonare obstruktive kronike duke i vënë theksin në rolin kryesor që kanë mjekët e përgjithshëm/familjes në referimin në kohën dhe momentin e duhur drejt institucioneve sekondare dhe terciare.

Në pjesën e dytë referuan: mjeku kardiolog Rexhep Manaj QKUK-Kosovë, referoi mbi të dhënat lokale dhe epidemiologjinë e pacientëve kardiovaskularë në Kosovë; mjekja endokrinologe Ema Lumi në Spitalin Rajonal Korçë, mbi ndërlikimet e pacientit me diabet melitus tip 2; mjekja Irma Tashi pneumologe në Spitalin Lushnje, mbi sfidat e menaxhimit të pacientëve me SPOK; dhe mjekja pneumologe Rukije Mehmeti, QKUK-Kosovë, mbi të dhënat lokale dhe epidemiologjinë e pacientëve me SPOK në Kosovë.

Prezantimet u dëgjuan me shumë interes nga mjekët pjesëmarrës.

Aktivitetit ju njohën nga QKEV 3 kredite, të cilat u përfituan nga mjekët pjesëmarrës.

Dr. Ines ARGJIRI

Sektori i Etikës, Standardeve Profesionale dhe Formimit Profesional-UMSH

PARAQITJE PËRGJITHËSUESE

AKROMEGALIA DHE ZEMRA

Dr. Leonidha Peppo, Dr. Marinela Hysa; Qendra Shëndetësore, Nr. 4, Tiranë

Msc. Entela Lloshi; Enti Shtetëror i Farave dhe Fidanëve, Tiranë

Akromegalia është sëmundje e cila manifestohet me rritjen e mëtejshme të duarve, këmbëve, hundës pas zhvillimit normal si pasojë e prodhimit të shtuar të hormonit somatotropinës.



Akromegalia është sëmundja endokrine me bazë të prodhimit të hormonit somatotropinë (hormoni rritjes) që prodhohet nga pjesa e përparme e gjendrës hipofizare që zë vend në mes të trurit.

Prodhimi i tepërt i këtij hormoni, zhvillon trashjen e indit kërcor dhe sidomos qelizat kockore në përmasa të mëdha të gjymtyrëve, rritje të nofullave, të hundës, gjymtyrëve, veshëve.

Sigurisht s'mund të përjashtohet edhe zemra. Fibrat muskulare të zemrës zmadhohen, trashen deri në masën e kardiomiopatisë hipertrofike, e më vonë e dilatuar.

Është e shpeshtë në përqindje, ka risk edhe për arteriosklerozë koronare megjithë yndyrnat e ulura që kanë hipertrofizë e kolagenit në murin e tyre. Pra është jo e qartë pse të ketë sëmundje ishemike të zemrës SIZ.

Paraqitja e rastit

Fiqirete Selmani, e datëlindjes 04.07.1953, pra 65 vjeç, qysh në pamjen e parë të paraqitur para mjekut të vërteton diagnozën e Akromegalisë, me nofulla e hundë të madhe po ashtu veshit, me gjymtyrë më të zgjatura se të zakonshmet, me duar, pëllëmbë e gishta të trashur, në ecje duke çaluar, me kifoskoliozë të shprehur, me cianozë të buzëve duke gulçuar.

Pra jemi para hormonit të shtuar të rritjes (somatotropinë) që rrjedh nga tumori, adenomë e hipofizës.

Natyrisht u mor anamneza e pacientes e cila tregon se qysh në moshën 32 vjeçare, tek fiziku i saj nuk shkonte diçka dhe pas 10 vjeçarit të parë ndjeu ankesat e para që ndërkohë ishte diagnostikuar me akromegali nga mjeku endokrin në vitin 2007, pra mosha 54. Në atë kohë shfaqen dhimbje artikulacionesh dhe mjekohet për artrit rheumatoid duke marrë mjekimet përkatëse por si manifestim i akromegalisë në vitin 2007 mjekohet për HTA dhe në vitin 2014 për astëm bronkiale me mjekimet duhura.

Shfaqja e diabetit të rritur në vitin 2016 plotësoi kuadrin e plotë të shtimit të hormonit të rritjes somatotropinës. Shifrat e sheqerit janë shumë të larta 205 dc/mol.

Por të gjitha shenjat dhe mjekimet e mësipërme të përshkruara me hollësi janë në kuadrin e përgjithshëm plotësues të sëmundjes siç është sëmundja e agromegalisë, të përcaktuara saktë në diskutimin e mëposhtëm.

Në vitin 2018, i shfaqet çist në veshkën e djathtë, i cili nuk shkakton dhimbje të mesit por tështyllës kurrizore se shtypen radikat e nervave.

ECG paraqet vetëm ESV pa ndyshime ishemike as shenja të hipertrofisë.

Hipertrofi asimetrike septale, kalcifikim i unazës mitrolike. RM i lehtë, diletacioni AM sip. 24 cm².

Sklerokalcifikimi i sigmoideve të aortës 2.6m/s. Ventrikuli i djathtë nën normë.



Agromegalët kanë shpesh dispne në sforco, kryesisht e lidhur me insuficiencën kardiake ose një kifoskoliozë e rëndë me fibrozë pulmonare. Dhimbjet torakale tipike për SIZ me origjinë arteriosklerotike koronare, por mund të jetë i lidhur nga kompresione radikulare prej oosteroartriteve vertebrale hipertrofiqe. Dobësia dhe palpitacionet janë të shpeshta por jo domosdoshmërisht me prekje kardiovaskulare. Rreth 25% e akromegalëve kanë HTA por nëqoftëse adenona hipofizare sekreton hormonin e rritjes mbi qelizat kortikotrope mund të duket një hipotension ortostatik si tip tjetër i tumorit hipofizar. Prekja kardiake kur ajo është klinikisht e dukshme zbulon një kardiomegali dhe/ose mund të ketë zhurmë në zemër, por nuk është specifike. Tek ¼ e pacietëve ka aritmi kardiake më shpesh ESV ose fibrilacion apo flater arterial. Ka një lidhje të hipertrofisë të vertrikut të majtë dhe të vlerave të hormonit të rritjes. Evolucion i prekjes c/a është i ndryshëm. Vdekja vjen nga insuficiencia e miokardit ose insuficiencia c/a e pakthyeshme. Por shumica ka një evolucion të mirë nëqoftëse kapet shpejt. Përnjëqoftë se nuk trajtohet vdekja arrihet para moshës 60 vjeç.



Diagnoza

Bëhet nga të dhënat klinike dhe vlerat e hormonit të rritjes (rritja mbi 10mg/ml) që nuk normalizohet nga ngarkesë me 100gr glukozë. Eko kardiake zbulon kardiomegalinë. Scaner i kokës e zbulon shumë lehtë.

Mjekimi

Natyrisht me operacion në tru për heqjen e tumorit hipofizar nëpërmjet kirurgjisë transsfenoidale.

Përdoret edhe radioterapia. Nëqoftëse është e pamundur, bëhet mjekimi sipas diagnozave transsfenoidale që rrjedhin prej saj si: insuficienca kardiake, infarkti miokardiak, çrregullimet e ritmit të cilat trajtohen me sukses.

RINOPLASTIKA

Dr. Lida HOXHA

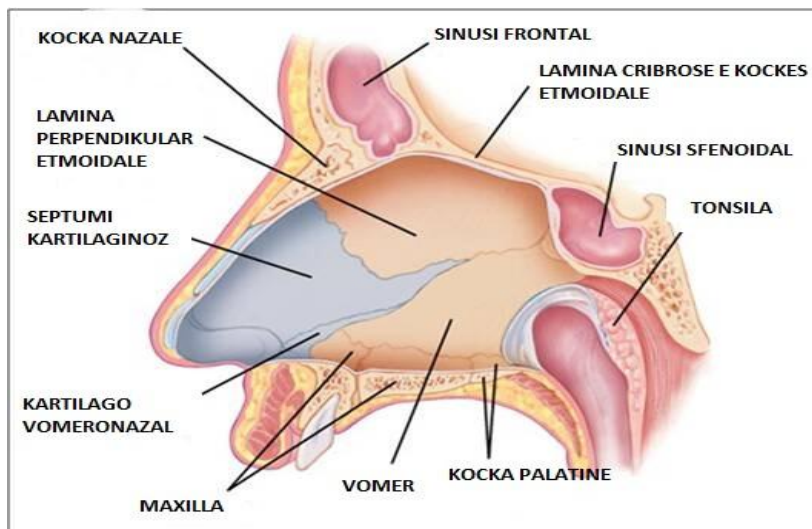
Hunda është pjesë e aparatit respirator. Kryen disa funksione të rëndësishme si frymëmarrja,nuhatja,pastrimi i ajrit dhe transporti mukociliar,kondicionimi i ajrit përmes ngrohjes dhe lagështimit të ajrit. Hunda është një piramidë me skelet kërcor dhe kockor. Mbulohet nga lëkura,indi nënlëkuror,muskujt ndërsa në pjesën e brendshme vishet me një shtresë mukoze e cila përbëhet nga epitel cilindrik pseudoshtresor me cilie. Os nasale është një kockëçifte, e cila merr pjesë në formimin e skeletit të hundës. Në të dallohen 4 buzë: buza e sipërme e cila lidhet me pjesën nazale të kockës frontale, buza laterale që lidhet me procesin frontal të nofullës së sipërme, buza mediale me anë të së cilës lidhet me kockën nasale të anës tjetër dhe buza e poshtme e lirë që lidhet me kërcet e hundës. Forma e hundës determinohet nga kocka etmoidale dhe septum nasal.



Fig: Instrumentet e ndërhyrjes së Rinoplastikës

Septumi nasal e ndan zgavrën e hundës në dy pjesë. Formohet nga kërci kuadrangular, os vomer, lamina perpendikulare e kockës etmoidale, pjesë të premaksilës dhe kockave palatine.

Kërcet e hundës i ndajmë në kërcet anësore të sipërme dhe të poshtme. Kërcet anësore të poshtme, cartilage alaris, i japin formën brimave të hundës.



Indet e buta të hundës:

Lëkura e hundës paraqet karakteristika të ndyshme gjatë shtrirjes nga rrënja tek maja e hundës. Ajo ndahet në tre struktura anatomike. Lëkura e 1/3 së sipërme, nga rrënja te ura osteo-kartilagenoze është e trashë dhe shumë fleksibël, lëkura e pjesës osteo-kartilagenoze aderohet fort dhe është e hollë dhe e palëvizshme, ndërsa lëkura e 1/3 së poshtme është po aq e trashë sa pjesa e sipërme sepse ka shumë gjendra yndyrore veçanërisht në majën e hundës.

Lëvizjet e hundës kontrollohen nga muskuj e fytyrës dhe qafës, të cilët ndahen në 4 grupe funksionale:

- **Grupi i muskujve elavator** përfshijnë muskulin procerus dhe elevator labi superioris.
- **Grupi i muskujve depresor** përfshijnë muskulin alar nasalis dhe depresor septi nasi.

- **Grupi i muskujve kompresor** përfshijnë transvers muskul nasalis.
- **Grupi i muskujve dilatator** përfshijnë muskulindilatator naris.

Hunda inervohet nga nervat parasimpatike që inervojnë gjendrat dhe shtratin vaskular, nervat simpatike që inervojnë rrjetën vaskulare dhe nervat sensore të përfaqësuara nga fibrat nervore të nervit Trigemini.

Në sinuset paranazale bëjnë pjesë: sinuset frontale, maksillare, etmoidale dhe sfenoidale. Bllokimi i ostiumeve të sinuseve pengon proceset e vetëpastrimit dhe transportit mukociliar duke shkaktuar stazë të sekrecioneve dhe për pasojë sinusitis.

Rinoplastika është një nga operacionet më të sofistikuara dhe më të kërkuara në praktikën e kirurgjisë estetike. Në një shumicë rastesh deformimet estetike të hundës shoqërohen me dëmtime të strukturave të brendshme duke shkaktuar vështirësi në frymëmarrje dhe rrjedhimisht lodhje, gjumë të stresuar, mungesë përqëndrimi, rënie të performancës në aktivitetet e jetës së përditshme. Rinoplastika është ndërhyrja që korrigjon difektet estetike dhe funksionale të strukturave të hundës.

Këshillohet të kryhet pas moshës 16 vjeç, kur zhvillimi i kockave të fytyrës ka përfunduar. Nuk ekziston një limit maksimal moshor për këtë ndërhyrje.

Këshillohet procedura e Rinoplastikës në rastet kur hunda është:

- **shumë e madhe/shumë e vogël në dis-proporcion me fytyrën**
- **shumë e gjerë/e lartë në krahasim me ballin**
- **e shtrembër, asimetrike dhe me kurriz**
- **me deformime të trashëguara, ose precedent frakture**
- **e rënë, e madhe, ose mishtore**
- **vrmat e hundës janë shumë të gjera**
- **kur ka pakënaqësi nga ndërhyrjet e mëparshme rinoplastike**

Ndërhyrja zgjat nga 2 orë deri në 2 orë e 30 min. Në varësi të teknikës kirurgjikale të përdorur Rinoplastika mund të jetë e hapur ose e mbyllur. Në Rinoplastikën e mbyllur të gjitha prerjet kryhen në brendësi të hundës pa lënë shenja. Është një nga teknikat më të sofistikuara të kirurgjisë estetike. Në Rinoplastikën e hapur krahas prerjeve në brendësi të hundës kryhet edhe një incizion në bazën e piramidës së hundës, por që nuk lë shenja të dukshme. Kirurgjia e hapur e lejon kirurgun të shohë direkt difektet e sistemit kockor dhe kërcor të hundës dhe mundëson korrigjimin me saktësi maksimale. Kirurgjia estetike e hundës mund të kombinohet me kirurgji funksionale “septoplastika” apo kirurgjinë rikonstruktive (dëmtime nga traumat). Mund të kombinohet gjithashtu me ndërhyrje të tjera kirurgjikale si Lifting i fytyrës, Rimodelimi i mjekrës apo Blefaroplastika.

Përshkrimi i një interveniti të rinoplastikës me deviacion të septumit:

Infiltrim me anestetike lokal. Incizion interkartilaginoz, kondrotomi bazale dhe vendosje në qendër e septumit. Seksion i septumit kartilaginoz, rezeksion i kartilagove alare, osteotomi bazale, vendosje e suturave, tamponim nazal dhe mjekim rigid.



Anestezia e përdorur mund të jetë lokale me sedacion ose anestezi totale. Për specifikat që ndërhyrja e rinoplastikes ka, këshillohet të kryhet me anestezi gjenerale.

Rekuperimi

Në 48 orët e para pas ndërhyrjes së rinoplastikës rekomandohet pushim. Nga dita e tretë mund të vazhdohet një jetë e qetë e normale, por jo aktivitete të sforcuara, sauna apo banja turke. Duhet të evitohet ekspozimi në diell, marrja e ushqimeve dhe pijeve shumë të nxehta. Të evitohet maksimalisht përdorimi i syzeve. Rekomandohet të shmangen aktivitetet sportive për të paktën një muaj. Ditët e para mund të shfaqen edema dhe ekimoza përreth syve. Shumë rrallë mund të verifikohen hemorragji që kanë nevojë për përdorimin e tamponëve. Pas shtatë ditëve nga ndërhyrja, procedohet me heqjen e materialit plastik në hundë. Pasi hiqet ky material, është e nevojshme të vendosen sipër hundës leukoplaste të posaçëm për 5-7 ditë të tjera. Një rezultat i qëndrueshëm do të vihet re qysh javët e para, megjithatë rezultati përfundimtar vendoset pas disa muajsh nga interveniti.



Efektet anësore të Rinoplastikës

Edhe pse të rralla, efektet anësore të Rinoplastikës mund të jenë:

Asimetria

Normalisht fytyra e njeriut është asimetrike. Në raste të rralla mund të ketë variacione në rezultatet e përfutuara nga procedura e rinoplastikës.

Osteosinteza

Gjatë operacionit eliminohet një pjesë e kockës së hundës dhe shpesh është e nevojshme të kryhet edhe fraktura e bazës kockore. Në raste të rralla, kockat mund të mos ngjiten ashtu siç duhet ose të krijohet ind kockor i tepërt, i cili mund të rezultojë si një gungë e vogël mbi hundë.

Dëmtime në strukturat më të thella

Strukturat më të thella si: nervat, gjendrat e lotit, enët e gjakut dhe muskujt mund të dëmtohen, në raste shumë të rralla gjatë operacionit. Potenciali i mundësisë së shfaqjes së tyre varet nga lloji i procedurës së rinoplastikës që do të kryhet. Dëmtimet në strukturat e thella mund të jenë të përkohshme ose të përhershme.

Shërim i vonuar

Disa zona të lëkurës së fytyrës mund të mos shërohen normalisht dhe mund të duan më shumë kohë. Zona të caktuara të lëkurës së fytyrës mund të pësojnë nekrozë. Kjo mund të kërkojë ndërrimin e shpeshtë të fashove, ose mund të duhet një ndërhyrje tjetër kirurgjikale për të hequr indet e pashëruara.

Disa studime shkencore raportojnë si vijon:

- Hapje e plagës/nekroza në 0.5-7% të rasteve
- Shërim i vonuar i plagës në 1-4% të rasteve

Dhimbje kronike

Dhimbjet kronike mund të ndodhin shumë rrallë pas rinoplastikës si rezultat i prekjes së nervave në zonën ku bëhet incizioni.

Perforimi i septumit nazal

Ekziston mundësia që gjatë kirurgjisë të shkaktohet një vrimë në septumin nazal. Mundësia e ndodhjes së këtij komplikacioni është shumë e rrallë. Megjithatë, nëse kjo ndodh mund të duhet ndonjë ndërhyrje kirurgjikale shtesë për të mbyllur vrimën në septumin nazal.

RUBRIKA E MJEKUT TË FAMILJES

AUDIOMETRIA VOKALE

Dr. Adrian XHUVANI; Prof. Bahri BECI; Dr. Evia NANO; Prof. Dr. Besim BOÇI; Dr. Dritan VASILI; Dr. Holta SULAJ

Principet e audiometrise vokale

Dëgjimi është në të njëjtën kohë funksion i perceptimit të një sinjali akustik dhe njëkohësisht realizon identifikimin e tij.

Audiometria vokale luan një rol vendimtar në vlerësimin e kapacitetit të dëgjimit dhe vlerëson mundësinë e njohjes së fjalës nga aparati i dëgjimit të njeriut. Duke bërë një llogaritje globale të dëgjimit, ajo luan një rol primar në vlerësimin e kapacitetit komunikativ oral të një individi.

Studimet e para për audiometrinë vokale janë bërë nga një murg. (L'Abbé ROUSSELOT, 1886-1924). Por studimet e vërteta themelore mbi audiometrinë vokale u bënë nga profesor Petar GUBERINA (1913-2005, kroat) pas luftës së dytë botërore me qëllim që të rehabilitoheshin pacientët me ulje dëgjimi si rezultat i bombardimeve. Në vende të ndryshme u zhvilluan teste të ndryshme. Në anglisht studimet e para u bënë nga HUDKINS & HAWKINS (1947). Në gjuhën frënge më të njohurat janë studimet e J.E. FOURNIER. (1951) dhe J.C. LAFON (1964).

Audiometria vokale është një mjet testimi thelbësor i dëgjimit, që në konjksion me audiometrinë tonale ndihmon për të përcaktuar shkallën dhe llojin e humbjes së dëgjimit. Audiometria vokale konfirmon vlerat reale të audiometrise tonale «liminare» dhe çka është më e rëndësishme, ajo evidenton saktë problemet e diskriminimit verbal, në rastet e uljes së dëgjimit, gjë që nuk mund të arrihet vetëm me rezultatin e audiometrisë tonale.

Audiometria vokale është një ekzaminim, një test, që përdoret për të diagnostikuar problemet e dëgjimit. Ajo kërkon një implikimin jo vetëm të aparatit neurosensorial të dëgjimit, por gjithashtu ajo kërkon edhe njohjen e gjuhës së folur, e kulturës që lidhet me një gjuhë të caktuar.

Pra, audiometria vokale vlerëson edhe kapacitetin e «supleancës mentale» të pacientit. Në fakt, përsëritja e një fjale gjatë audiometrisë vokale implikon jo vetëm perceptimin auditiv, por gjithashtu edhe mekanizmat komplekse të kapaciteteve «konjitive» të «supleancës mentale» të pacientit. Këto aftësi bëjnë të mundur që, duke u nisur nga vetëm një pjesë e fjalës së dëgjuar, pacienti, të riprodhojë fjalën e plotë. (Gineste & Leny 2005; Pichora-Fuller 2008)

Kuqëndron interesi konkret i praktikës së audiometrisë vokale

Në praktikën klinike të bilancit dëgjimor, ekzistojnë dy forma të audiometrisë vokale: audiometria vokale për të rriturit dhe audiometria vokale për fëmijët. Kjo për arsyen e thjeshtë të fjalorit folës të të dy grupmoshave të ndryshme.

Audiometria vokale për të rriturit

Tek të rriturit, arsyet që justifikojnë përdorimin sistematik të audiometrisë vokale janë të shumta. Ankesa kryesore e pacientit që paraqet ulje dëgjimi, (ose ankesa e bashkëbiseduesve me të cilët ai komunikon) është e lidhur me vështirësinë që ka pacienti të ndjekë një bashkëbisedim me shumë njerëz njëkohësisht, ose një bashkëbisedim në një vend me zhurmë. Audiometria tonale nuk mund të nxjerrë në pah këtë vështirësi sociale komunikuese të pacientit.

Audiometria vokale është një indikator më i ndjeshëm dhe më i saktë, se sa audiometria tonale në patologji auditive të ndryshme, siç është «shurdhësia e menjëhershme».

Audiometria vokale është një mjet i pazëvendësueshëm për ekzaminimin auditiv të një pacienti që duhet apo dëshiron të përdorë një aparat dëgjimi apo protezë dëgjimi. Nga ana tjetër, informacioni i marrë nga testet e audiometrisë vokale, është një element kyç për të përmirësuar në mënyrë më të hollë (fine tuning) aparatën e dëgjimit të pacientit.

Audiometria vokale në moshën pediatrike

Tek fëmijët, audiometria vokale ka për qëllim:

- të vlerësojë mundësitë e fëmijës që të përsërisë fjalët dhe të vlerësojë progresin e të komunikuarit.
- të ndihmojë për të marrë vendimin e «rehabilitimit auditiv», protezën auditive. (në rast se kemi të bëjmë me një fëmijë me ulje dëgjimi të rëndësishme)
- të bëjë të mundur në mënyrë konkrete dhe vizuale që prindërit e fëmijës të kuptojnë mangësinë e kapacitetit të fëmijës për të dëgjuar dhe kuptuar një fjalë apo një frazë.
- të ndihmojë konkretisht në zgjedhjen e tipit të aparatit të dëgjimit (aparat konvencional apo implant koklear).
- të ndihmojë në vlerësimin e adaptimit të fëmijës me protezë dëgjimore dhe të kontrollojë efikasitetin e protezës.

Mënyra grafike e prezantimit të audiometrisë vokale

Audiometria vokale paraqitet në formën e një grafiku ku në boshtin e abshisave gjenden vlerat e nivelit vokal në decibel (decibel vokal dëgjimor) dhe në boshtin e ordinatave ndodhen vlerat e përqindjes së «njohjes së fjalëve». Shkalla e raportit është 10 db për 20%. (*Shih grafiku i audiometrisë vokale*)

Realizimi i audiometrisë vokale në praktikë

Audiometria vokale realizohet në kabinë audiometrike.

Ekzistojnë tre forma të audiometrisë vokale: audiometri vokale që vlerëson uljen e dëgjimit të çdo veshi në mënyrë të veçantë, audiometri vokale globale dhe audiometri vokale «dichotike».

Më poshtë do të trajtohet audiometria vokale në kabinë audiometrike (audiometria vokale e mirëfilltë) që vlerëson dëgjimin në mënyrë të veçantë për çdo vesh.

Audiometria vokale në kabinë audiometrike

Për praktikën audioprotetike, lista e fjalëve të zgjedhura, janë në më të shumtën e rasteve një rrokëshe, (tre fonema) gjë që bën të mundur edhe analizën matematikore të diskriminimit të fjalëve dhe të konfuzionin fonetik.

Për praktikën ortofonike, si një praktikë e lidhur ngushtë për përmirësimin e dëgjimit, lista e fjalëve të zgjedhura, ndihmon për detektimin, diskriminimin, identifikimin dhe kuptimin e fjalëve. Këto lista ndihmojnë në llogaritjen e performancave auditive dhe të nivelit të leximit buzor. (Fjalë 2 rrokëshe me 4 apo 5 fonema)

Në praktikën e përditshme, në audiometri vokale, kërkohen dy të dhëna:

- 1) Niveli (pragu) i inteligjibilitetit auditiv me anën e fjalëve dyrrokëshe dhe 4 fonema (speech recognition threshold, SRT)
- 2) rezultati i përqindjes së diskriminimit të fjalëve me anën e fjalëve një-rrokëshe dhe 3 fonema (speech discrimination score, SDS)

Këto dy teste auditive vokale janë më të përdorurit në shumë vende të botës dhe tashmë mjekët ORL në mbarë botën, kur duan të komunikojnë ndërmjet tyre për termin “ulje dëgjimi”, mbështeten vetëm në këto dy teste vokale: niveli i inteligjibilitetit (SRT) dhe rezultati i përqindjes të diskriminimit. (SDS)

Realizimi në praktikë i testit të inteligjibilitetit

Linja grafike e testit bazohet dhe ndërtohet duke u nisur nga rezultati i njohjes së numrit të fjalëve të ndryshme që përsëriten brenda një liste të përcaktuar me një intensitet të caktuar. Rezultati i njohjes vokale është përqindja e «items» të përsëritura në mënyrë të saktë në listën e fjalëve të zgjedhura.

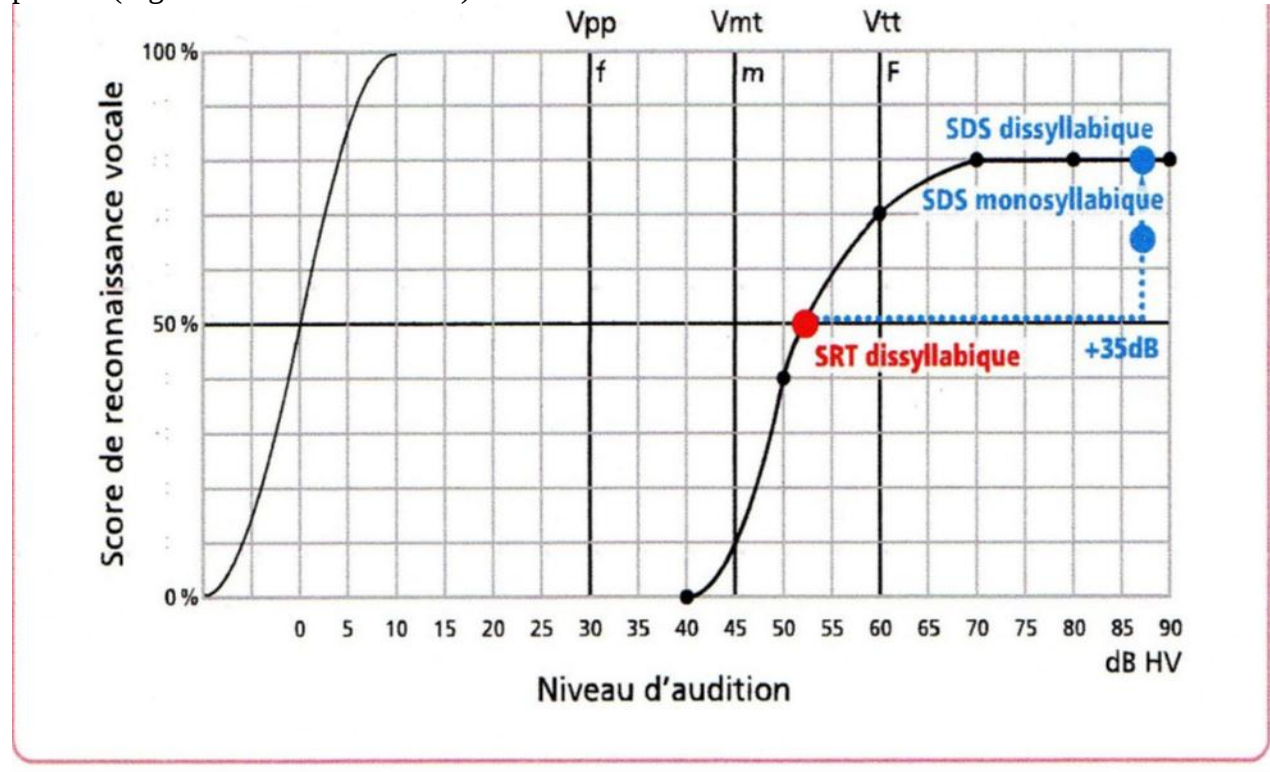
Lista e fjalëve që përdoren janë lista fjalësh me dy rrokje. Çdo listë përmban 10 fjalë dyrrokëshe. Pra, «supleanca mentale» është e pranishme dhe e nevojshme për realizimin e këtij testi.

Kurba e grafikut e testit të inteligjibilitetit na jep këto të dhëna:

- 1) Niveli i inteligjibilitetit vokal (SRT) korrespondon me nivelin më të ulët në të cilin një pacient mund të përsërisë në mënyrë korrekte 50% të fjalëve. Edhe i përdorur në mënyrë të vetme, testi i inteligjibilitetit, mund të japë të dhëna të sakta për nivelin social të dëgjimit të një pacienti.
- 2) Përqindja ose rezultati i diskriminimit (SDS) është përqindja e fjalëve të përsëritura nga pacienti 35 db mbi nivelin e inteligjibilitetit. Por në këtë rast duhen përdorur fjalë një-rrokëshe (Fournier E.; Phonetically Balanced Kindergarten ose PBK). Këto lista fjalësh duhen të jenë të paktën lista me nga 20 fjalë një-rrokëshe.
- 3) Maksimumi i inteligjibilitetit ose ndryshe përqindja më e madhe e njohjes së fjalëve dy-rrokëshe përkon me pikën kulminante të kurbës së grafikut të inteligjibilitetit.

4) Niveli i distorcionit (SDS) mund të përcaktohet duke u nisur nga momenti që kurba e inteligjibilitetit fillon dhe të përkulet.

Rezultatet e audiometrisë vokale paraqiten në një diagramë konvencionale ndërkombëtare si më poshtë. (Fig. e audiometrisë vokale)



Testi fonetik ose audiometria vokale cilësore

Për adaptimin e pacientëve me një aparat dëgjimi, mund të mjaftohemi me përdorimin e listave të fjalëve dy-rrokëshe. Por përdorimi i fjalëve me tre fonema është më i saktë. Është fjala për përdorimin e një liste të ekuilibruar nga ana fonetike që përmban 17 fjalë me 3 fonema. Këto lloj listash fjalësh përbëjnë atë që quhet «test koklear».

Interpretimi i rezultateve të audiometrisë vokale

Në një subjekt normal, diferenca ndërmjet audiometrisë tonale dhe vokale nuk duhet të jetë më shumë sesa 6 apo 7 decibel në testin me fjalët me 4 fonema dhe dy-rrokje. Nëse ka një diferencë mbi 10 decibel, midis mesatares së nivelit tonal të 500, 1000, dhe 2000 Hz dhe nivelit të “inteligjibilitetit” duhen bërë teste të tjera audiometrike: teste kokleare dhe teste vokale të integracionit.

Dy diskordanca mund të dalin ndërmjet Audiometrisë Vokale dhe Audiometrisë Tonale (AV dhe AT).

Rezultati i audiometrisë vokale mund të jetë më i mirë sesa rezultati i audiometrisë tonale. Kjo mund të ndodhë nga:

°Prezenca e disa lloj “acouphenes” zhurmë në vesh.

°Në disa lloj ulje dëgjimi të vjetra dhe progressive, frekuencat e ulëta janë të ruajtura, gjë që bën që fjalët në një mjedis të qetë të kuptohen më mirë nga pacienti që po testohet.

°Në rast se diferenca është e madhe, atëherë duhet parë mundësia e një simulimi apo të një patologjie psikiatrike.

Rezultati i audiometrisë vokale mëi ulët se sa rezultati i audiometrisë tonale. Kjo gjë mund të ndodhë në:

- Në patologji cerebrale të ndryshme.
- Në rast se diferenca është vetëm unilaterale duhet kërkuar një patologji retrokokleare.
- Në neuropatitë auditive.

Audiometria vokale dhe implantet kokleare

Përpara vendosjes së çdo implanti koklear, realizohet një audiometri vokale me fjalë një-rrrokëshe dhe një test auditiv vokal me fjalë dy-rrrokëshe.

Kriteri audiometrik për implantet kokleare në shumë vende të botës është: rezultati = <50%(SRT)

Në kuadrin e ndjekjes auditive post implantit, audiometria vokale, bën të mundur të ndiqet evolucioni i inteligjibilitetit të pacientit në një ambient pa zhurmë dhe me zhurmë. Audiometria vokale bën të mundur krahasimet e rezultateve, detekton gabimet fonetike dhe në këtë mënyrë ajo ndihmon në përmirësimin e adaptimit me implantin koklear.

AUDIOMETRIA VOKALE NË GJUHËN SHQIPE

Të dhëna mbi aspektin morfologjik dhe fonetik të gjuhës shqipe

Gjuha shqipe e periudhës së Rilindjes (kur u hodhën bazat e gjuhës letrare shqipe) u mbështet kryesisht në ligjërimin popullor dhe më pak në traditën shkrimore të së kaluarës. Kjo traditë përfaqësohet nga vepra me përmbajtje fetare dhe si e tillë më e kufizuar në funksionet e saj shoqërore.

Me alfabetin e Stambollit të vitit 1879 u çel një rrugë e re në sistemin grafik të shqipes. Ky sistem grafik, me gjithë ndryshimet që pësoi deri në Kongresin e Manastirit më 1908, u mbështet në parimin që një tingull – foneme, të shkruhet gjithnjë me të njëjtën shkronjë dhe e njëjta shkronjë e thjeshtë ose edhe i njëjti digraf, të paraqesë të njëjtin tingull.

Kjo dha mundësi të gjera për të pasqyruar në mënyrë të thjeshtë e me saktësi anën tingëllore të ligjërit.

Vendosja e parimit fonetik në bazë të drejtshkrimit të gjuhës shqipe bëri që gjuha e shkruar të qëndrojë sa më afër gjuhës së folur dhe të ketë një bazë të gjerë mbështetëse në të dhe midis tyre të mos krijohet hendek ose shkëputje.

Mbështetja në parimin fonetik e bën drejtshkrimin e shqipes të thjeshtë e të përvetësueshëm. Fonema përkufizohet si «njësia më e vogël e vargut tingëllor» domethënë si njësi e tillë që nuk mund të ndahet në njësi më të vogla dhe që shërben për të ndërtuar dhe për të dalluar anët tingullore të njësive të kuptimshme të gjuhës.

Njësitë fonetike të gjuhës mund të studiohen në aspekte të ndryshme. Në këto njësi, tingujt zënë një vend të veçantë.

Fonetika studion «tingujt e nyjësuar të gjuhës» duke u interesuar në rradhë të parë për funksionin e tyre në procesin e komunikimit midis njerëzve.

Tingujt e ligjërimit ndahen në dy grupe të mëdha në zanore dhe në bashkëtingëllore. Zanoret dhe bashkëtingëlloret dallohen midis tyre në tipare nyjëzore, në tipare funksionale, dhe në tipare akustike.

Dallimet funksionale të zanoreve dhe të bashkëtingëlloreve lidhen me rolin e tyre në rrokje: zanoret janë rrokjeformuese dhe bashkëtingëlloret janë tinguj që hyjnë në përbërjen e rrokjes, por ato veçmas, nuk mund të formojnë rrokje.

Nga pikëpamja akustike dallimi midis zanoreve dhe bashkëtingëlloreve paraqitet më i ndërlikuar sepse në këtë drejtim bashkëtingëlloret nuk janë të njëllota. Bashkëtingëlloret ndahen në “të zhurmëta” dhe në “sonante”.

Zanoret janë tinguj më intensivë, më të fortë. Pastaj vijnë bashkëtingëlloret sonante dhe më në fund bashkëtingëlloret e zhurmëta që janë tinguj më pak intensivë.

Rrokja

Rrokja është njësia më e vogël shqiptimore e ligjërimit. Kjo do të thotë që nga pikëpamja e nyjësimit, ligjërimin gjuha shqipe nuk mund të ndahet në njësi lineare më të vogla se sa rrokja.

Fëmijët rrokjen e perceptojnë si njësi tërësore dhe vetëm më vonë aftësohen që ta ndajnë atë në tinguj.

Zanoret paraqiten si rrokjeformues kurse bashkëtingëlloret jo.

Fjalët në gjuhën shqipe nga pikëpamja e numrit të rrokjeve

Në gjuhën shqipe fjalët mund të kene 1, 2, 3, 4, 5 e më tepër rrokje. Por, fjalët që përdoren më dendur në ligjëratë, janë ato që përbëhen nga 1 deri në 4 rrokje.

Fjalët me 5, 6, 7 apo 8 rrokje përdoren rrallë.

Ndër fjalët që përdoren dendur në ligjeratë dallohen sidomos fjalët një dhe dy-rrokëshe. Fjalët e një teksti një-rrokëshe, nga pikëpamja e dendësisë së përdorimit, përbëjnë afërsisht gjysmën e fjalëve të një teksti, ndërsa fjalët dy-rrokëshe e më tepër se një të tretën e tyre. (36.31%)

Në gjuhën shqipe standarde, rrokja është vokaliqe, domethënë, një fjali apo një fjalë përmban aq rrokje sa ka edhe zanore.

Në gjuhën shqipe mbizotërojnë rrokjet e hapura. (79-82% në tekst letrar dhe 73-76% në tekst teknik)

Megjithëse bashkëtingëlloret përbëjnë 80.6% të numrit të përgjithshëm të fonemave në gjuhën shqipe, ndërsa zanoret vetëm 19.4% të fonemave, dendësia e përdorimit në literaturë të këtyre dy grupeve të tingujve nuk është në përpjestim me numrin e tyre. Në një tekst të shkruar zanoret në gjuhën shqipe paraqiten me një dendësi prej 45% ndërsa bashkëtingëlloret me 55%.

Për gjuhën shqipe është karakteristike ndarja Z-BBZ domethënë të dyja bashkëtingëlloret shkojnë me zanoren e dytë duke na dhënë kështu rrokje të hapura, që përbëjnë modelin më të rëndomtë të rrokjes në gjuhën shqipe.

Shkronjat e gjuhës shqipe kanë vlerë fonetike. Shqipja ka 27 shkronja të thjeshta (a, b, c, ç, d, e, ë, g, h, i, z, y, x, t, l, m, n, p, q, r, u, v, j, dhe 9 digrafe: shkronja dyshe (th, dh, gj, ll, rr, xh, sh, zh, nj). Shkronjat dyshe zënë 6,4% të teksteve të shkruara domethënë në 1,000 fonema 64 janë digrafe.

Në fonemat e gjuhës shqipe zanoret zënë 44.85% të teksit, ndërsa bashkëtingëlloret 55.15%.

Koeficienti konsonantik i bashkëtingëlloreve të shqipes është 1,23. Gjatësia mesatare e një fjale në gjuhën tone është afërsisht 4 fonema (3.97).

Ndër veçoritë e fonemave të shqipes:

Zanoret përdoren rrallë në fillim të fjalës. Me to fillojnë vetëm 8.02% e fjalëve, ndërsa me bashkëtingëllore (digrafe ose jo) fillojnë 91, 98% e fjalëve.

Pra, shumica e fjalëve në gjuhën shqipe nisin me bashkëtingëllore dhe mbarojnë me zanore.

Mesatarja e një fjale në gjuhën shqipe është 1.77 rrokje. Në gjuhën shqipe mbizotërojnë fjalët një-rrokëshe që përbëjnë 46.41% të fjalëve të përdorura. 36.31% të fjalëve janë dy-rrokëshe dhe 11.87% janë fjalë tri-rrokëshe; 4.60% katër-rrokëshe, etj... Nga fjalët me kuptim leksikor të plotë mbizotërojnë ato që janë dy-rrokëshe. (Një-rrokëshe janë nyjëzat, lidhëset, parafjalët)

Sa më e gjatë të jetë fjala, aq më pak përdoret ajo.

Parim fonetik është parimi themelor i drejtshkrimit të gjuhës shqipe jo vetëm për faktin se në gjuhën shqipe fjalët shkruhen ashtu siç shqiptohen, po edhe për faktin se parimi fonetik përputhet me parimin morfologjik të fjalës.

Listat e fjalëve në audiometrinë vokale në gjuhën shqipe

Më poshtë po paraqiten lista fjalësh dy-rrokëshe me 4 ose 5 fonema. Çdo listë përmban nga 10 fjalë secila.

Për hartimin e fjalëve të përdorura në testet vokale u bazuam në studimet e audiometrisë vokale kryesisht në gjuhën angleze dhe franceze. Gjithashtu u nisëm nga dy parime kryesore: parimi fonetik i gjuhës shqipe dhe parimi i dëndurisë së përdorimit «të fjalës» në gjuhën e folur shqipe të përditshme.

Këto lista fjalësh, janë zgjedhur për të realizuar testin e audiometrisë vokale në gjuhën shqipe duke u mbështetur dhe bazuar, në morfologjinë e gjuhës shqipe dhe në parimet fonologjike të saj.

- Janë marrë fjalë dy-rrokëshe sepse përdorimi i fjalëve dy-rrokëshe në gjuhën shqipe përbën 36.31% të fjalëve të përdorura.
- Për fëmijët, janë marrë fjalë dy-rrokëshe duke u bazuar në fjalët më të përdorura për fëmijët. (Domethënë fjalor fëmijor) (mosha 4 deri 12 vjeç)
- Për të rriturit, janë marrë fjalë dy-rrokëshe me 4 ose 5 fonema. Këto fjalë bëjnë pjesë në një fjalor gojor të përditshëm për të rriturit.
- Janë marrë fjalë që shqiptohen në mënyrë të njëjtë dhe konstante (dmth që nuk ndryshojnë gjatë shqiptimit. (Fjalët që do përdoren janë fjalë vetëm në trajtën e shquar)
- Është marrë parasysh ngjashmëria fonetike e tyre. Domethënë, fjalët janë të përbëra nga fonema jo të ngjashme ndërmjet tyre. Në këtë mënyrë probabiliteti i përsëritjes gabim të një fjale është më i vogël.
- Fjalët që janë zgjedhur do të përdoren gjithmonë në formën emërore (në formën e shquar).
- Janë marrë fjalë që përmbajnë emra të një-kuptimshëm të gjinisë mashkullore dhe femërore. (Listat përmbajnë emra sendesh, kafshësh, stinësh, frutash si dhe emra abstrakt)
- Çdo listë ka një vështirësi fonetike të njëjtë. (Analizë spektrale sonore)
- Çdo listë ka një vështirësi «intelektuale» të njëjtë.
- Fjalët e zgjedhura në këto lista janë pasqyrë e shqipes së folur të zakonshme si për fëmijët ashtu edhe për të rriturit.
- Fjalët një-rrokëshe përbëjnë kryesisht nyjëza, lidhëza dhe parafjalë. Fjalët një-rrokëshe me tre fonema do të përdoren më pas.
- Përdorimi i listave me 10 fjalë dy-rrokëshe bën të mundur llogaritjen e «integjibilitetit» të dëgjimit dhe bën të mundur gjithashtu përllogaritjen e «SRT» (Speech Recognition Threshold) dhe «SRD» (Speech Discrimination Score). Në këtë mënyrë testet audiometrike vokale në gjuhën shqipe mund të krahasohen me testet e audiometrisë vokale në gjuhën anglisht, italisht apo franceze (+ gjuhe të tjera) dhe në këtë mënyrë mund të pranohen dhe të krahasohen në diskutimet shkencore internacionale.
- Këto lista përmbajnë 10 fjalë sepse çdo fjalë konsiderohet 10%. Llogaritja matematikore e gabimeve mund të bazohet në këtë përqindje. Në këtë mënyrë lehtëson krahasimin matematikor të testit.
- Fjalët dy-rrokëshe kanë kuptim leksikor. Kërkohet me vetëdije «supleanca mentale» (kuptueshmëria dëgjimore)

- Fjalët e përdorura për hartimin e këtyre listave fillojnë me bashkëtingëllore ose digrafe sepse pjesa më e madhe e fjalëve në gjuhën shqipe ka këtë strukturë.
- Fjalët e përdorura nuk do të mbarojnë me - ë - sepse kjo zanore është e shurdhët nga ana fonetike, megjithëse në gjuhën shqipe ajo përdoret dëndur në fund të fjalës. (nuk janë fjalë «spondee»)
- Fonema – y- ka një denduri përdorimi të vogël dhe si e tillë nuk do përdoret për hartimin e fjalëve.
- Fjalët e përdorura nuk do fillojnë me zanore, por me bashkëtingëllore. Në gjuhën shqipe fjalët që fillojnë me zanore përbëjnë vetëm 8% të fjalëve të përdorura.
- Në gjuhën shqipe mbizotërojnë rrokjet e hapura (BZ) ndërsa rrokjet e mbyllura (ZB) përdoren më pak.
- Fjalët e zgjedhura u bazuan në dendësinë e përdorimit të fonemave në gjuhën shqipe (inxh. Agim DIKA, Rilindja Kosovë, 21 Korrik 1984).

(Më poshtë janë zgjedhur 4 lista fjalësh dy-rrokëshe për fëmijë dhe 4 lista fjalësh dy-rrokëshe për të rritur)

Lista e fjaleve për të rritur

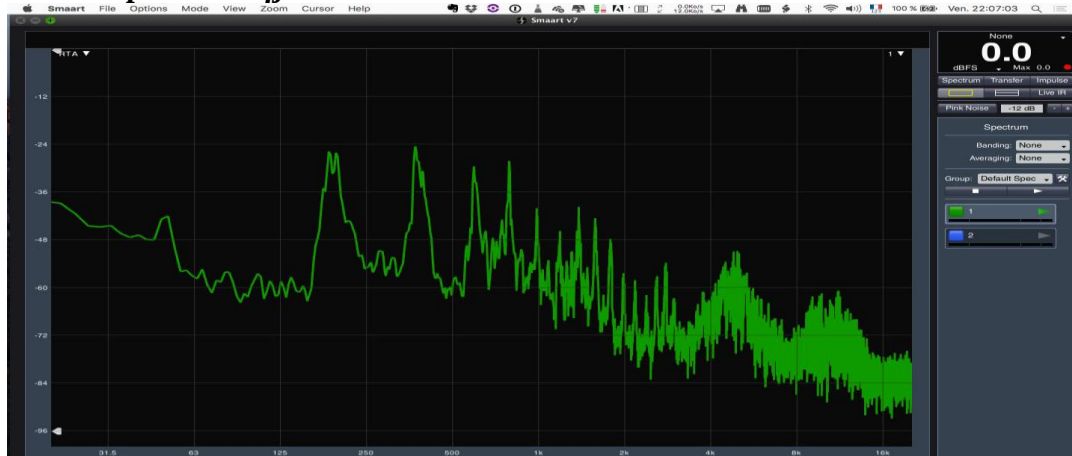
- 1) Rrushi Molla Topi Krimbi Zogu Klubi Kolla Kafe Blloku Dimri
- 2) Vera Dashi Fusha Kënga Macja Dielli Rëra Guri Tulla Muri
- 3) Kripa Qeni Shkolla Toka Dera Motra Bota Gishti Peshku Drita
- 4) Truri NataBuza Kripa Dhëmbi Kocka Pushka Kënga Shuli Veshi

Lista e fjalëve për fëmijë

- 1) Dora Këmba Syri Koka Lumi Kodra Shiu Bora Mami Buka
- 2) Babi Lodra Shtëpia Dera Veza Koka Qeni Gjeli Kosi Dita
- 3) Shkolla Motra Treni Kafsha Molla Veshi Kuklla Pema Pylli Dardha
- 4) Kopshti Lumi Deti Delja Fshati Ylli Kyçi Macja Lëngu Nata

20 lista fjalësh për të rritur dhe fëmijë. Këto fjalë i janë nënshtruar fillimisht një analize spektrale dëgjimore sonore - akustike dhe më pas u regjistruan në kushtet e Studios të inçizimit të Radio-Televisionit Shqipëtar; Tiranë 2016

Analiza spektrale e fjalës «Buza»



Analiza spektrale e fjalës «Rrushi»



Bibliografia

1. American Speech-Language-Hearing Association (1988) Determining Threshold Level for Speech [Guidelines] Available from www.asha.org/polycy
2. American Speech-Language-Hearing Association (2005) Guidelines for Manual Pure Tone Threshold Audiometry [Guidelines] Available from www.asha.org/polycy
3. Aymard P. (1974) *L'enfant et son langage*, 2eme édition, VILLEURBANNE.
4. Ballantyne D. (1993): *Audiométrie supraliminare*. Manuale di tecniche audiologiche. MASSON éd, 81-86.
5. Beci B. *Fonetika e gjuhës shqipe*. Ed EDFA 2004
6. Boersma P. & Weenink D. (2013) Praat: doing phonetics by computer (Version 5.1.05)
7. [Computer Program] online <http://www.praat.org>
8. Bonfils P, Van Den Abbeele T, Ané P. *Exploration fonctionnelle auditive*. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS), Oto-rhino-laryngologie, 1998, 20-175-A-10, 16p.
9. Bourquin Mathieu. Thèse; Mémoire: *Le rééquilibrage des listes de Fournier*. 2007
10. Brandy W. T. (2002) *Speech Audiometry*. In J. Katz (Ed) *Handbook of Clinical Audiology* (pp 96-110) Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
11. Combescur p; (1981) 20 Listes de dix phrases phonétiquement équilibrées. *Revue d'acoustique* n°56
12. Demiraj Shaban, Pifti Kristaq; *Kongresi i Manastirit*. 2008
13. Dodi A. *Fonetika dhe Fonologjia e gjuhës shqipe*. Tirana 2004
14. Ewans P. (1997) *Speech Audiometry for Differential Diagnosis*. In Martin (Ed) *Speech Audiometry* (pp131-149) London Whurr Publishers.
15. Fontanez F. (1972) *Acoustique appliquée à l'audiologie*. Publication personnelle.
16. Fournier J.E (1951) *Audiométrie vocale*. Maloine Éd.
17. Fournier J.E *Les épreuves d'intelligibilité et leurs applications au diagnostic, à l'expertise et à la correction phonétiques des surdités*. Maloine Edition 1951
18. Fournier J.E. (1954) *Analyse et identification du message sonore*. *Journal Français d'ORL* Volume iii Page 304
19. Gelfand SA. *Essentials of audiology*. 3 éd. New York: Thieme; 2009
20. *Guide des bonnes pratiques de l'audiométrie vocale*. Société française d'audiologie; 2013.
21. Haxhiq Lianda, *L'Albanais une langue en mouvement*. Ed l'Harmattan 2012
22. Hudgins C.V. Hawkins JE Karlin & Stevens S S (1947) The development of recorded auditory tests for measuring hearing loss for speech. *The laryngoscope* 57; 57-89.
23. Ismaili R. *Drejtshkrimi i shqipes* Ed. Prishtina 2005
24. J. L. Duchet *La phonologie* Paris PUF coll. 1998
25. Kocaqi Elene. *Shqipja, çelësi i gjuhëve indoevropiane*. Ed EMAL
26. Lafon J.C (1972) *Le test phonétique*. *Bulletin d'Audiophonologie*. Vol.9, N°8
27. Lafon J.C (1972) *Le test phonétique*. *Bulletin d'Audiophonologie*. Vol.2, N°1
28. Lafont J-C. (1964) *Les test phonétique et la mesure de l'audition*, Eindhoven, Ed, Centrex.
29. Legent F, Bordure P, Calais C, Malard O. *Audiologie pratique. Manuel pratique des tests de l'audition*. 2 éd. Paris Masson; 2002.
30. Legent F, Bordure P, Calais C. et co. *AUDIOLOGIE PRATIQUE AUDIOMETRIE*.
31. Legent F. et Coll. (1993) *Pratique des tests d'audition en consultation*. *Les monographies du C.C.A.*
32. Leipp E. (1975) *Un test réaliste d'intelligibilité*. *Lab d'acoustique*. Faculté de sciences. Paris; 8.15.

33. Lupi A. Essai d'adaptation à la longue française d'un test d'intelligibilité américain: le « phonetically balanced kindergarten word lists » ou PBK-50 (Haskins, 1949). Mémoire pour le Certificat de capacité d'orthophonie, université Montpellier I; 1998.
34. Martin F. N. & Clark J.G. (2003) Introduction to audiology (8th Ed) Boston; Allyn and Bacon.
35. Malberg B. Manuel de phonétique générale Paris Picard 1974
36. Memushaj Rami; Shqipja standarde Ed TOENA 2005
37. Menzio F. Hahn R. (1973) l'audition binaurale. Bulletin d'Audiophonologie. N°3
38. Moore BC, Huss Vickers DA, Glasberg BR, Alcantara JI. A test for the diagnosis in the cochlea. Br J Audiol 2000; 34: 205-24
39. Morgon A.H. et coll (1998) Suppléance instrumentale de la surdité: les aides auditives. Rapport de la Société Française d'ORL et de Pathologie Cervico Faciale.
40. Moulin A. Méthodologie de création de listes destinées à l'audiométrie vocale.
41. Mounier-Kuhn P. Lafon. J.C. (1957) Le test phonétique et l'examen des troubles auditifs vocaux. J.F. D'ORL VI
42. Nadia Mohamed Abba Abdullaq: Speech Perception Test For The Jordanian Arabic - Speaking Children. Dissertation 2006
43. Polet M.A, Dodele L.D. (2001) L'audiométrie vocale dans le bruit (AvB). Utilité et standardisation pour le clinicien ORL. Rev Officielle de la Soc Française d'ORL. Vol. 70, N°6, 13-25
44. Portmann M, Portmann CL. Précis d'audiométrie clinique. 6 éd. Paris: Masson; 1998.
45. Précis d'audioprothèse. Tome 1: Le bilan d'orientation prothétique. Les Editions du Collège National d'Audioprothèse; 2007
46. Précis d'audioprothèse. Tome 3: L'appareillage de l'adulte. Les Editions du Collège National d'Audioprothèse; 2007
47. Sallavaci Y Suela: Shurdhësitë tek Fëmijët; Trajtimi i tyre. 2007 Monografi
48. Sernicales W., Arrouas Y. (1994) Perception des traits phonétiques dans le bruit. Les Cahiers de l'audition, Vol.7 N°2
49. Société française d'audiologie. Guide des bonnes pratiques en audiométrie de l'adulte. Paris: Société française d'audiologie; 2006
50. Soubrier D. (1993) Acoustique appliquée et exercices pratiques. Cours d'acoustique. Marie Haps. Bruxelles.
51. Sterkers - Artières, Christophe, Vincent: Audiometrie de l'enfant et de l'adulte. Rapport de la Société Française d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale. 2014
52. Thomas JMC; Bouquiaux L. Cloarec-Heiss F. Initiation à la phonétique Ed. PUF 1976
53. Topalli K. Dukuritë fonetike të sistemit bashkëtingëllor të gjuhës shqipe. Tirana 2004 Monografi

TENDENCA E LINDJEVE ME SEKSIO CEZAREA NË MATERNITETIN E SARANDËS PËR VITET 1990 – 2016

Vëzhgim retrospektiv

Dr. Dhimitraq DHAME, specialist i Informacionit Shëndetësor D.Sh.P. Sarandë

Qëllimi: Të japë tendencën e lindjeve me Seksio Cezarea në maternitetin e Spitalit “Petro Nako” Sarandë për vitet 1990-2016.

Materiali dhe Metoda: Studimi përfshin lindjet me Seksio Cezarea dhe lindjet vjetore total në maternitetin e spitalit “Petro Nako” Sarandë, gjatë viteve 1990–2016.

Hyrje

Që nga viti 1985, Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSh) rekomandon se Lindjet me Seksio Cezariane (SC) duhet të mos kalojnë 10-15 raste për 100 lindje të gjalla për të optimizuar rezultatet e nënës dhe ato neonatale(1) dhe për të ruajtur të ulëta kostot spitalore të panevojshme.

Gjatë dekadave të fundit, rritja e paprecedentë dhe e vazhdueshme e normave të CS kanë çuar në rritjen e kërkit, debatit dhe shqetësimit midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor, qeverive, krijuesve të politikave, shkencëtarëve dhe mjekëve (1,2,3).

Në Amerikën Latine dhe Karaibe aktualisht, 40.5% e të gjitha lindjeve janë me CS, ndërkohë Amerika Jugore është nënrajoni me normat më të larta të CS në botë me 42.9%.(1)

Survejsimi për Shëndetin Riprodhues në vitin 2002 tregoi se në Shqipëri ndërmjet viteve 1997 dhe 2002 përqindja e lindjeve me seksio cezarea ishte 13.4%. Sipas të dhënave të Ministrisë së Shëndetësisë për vitin 2006, 26.5% e lindjeve në nivel vendi janë kryer me seksio cezarea. Ku

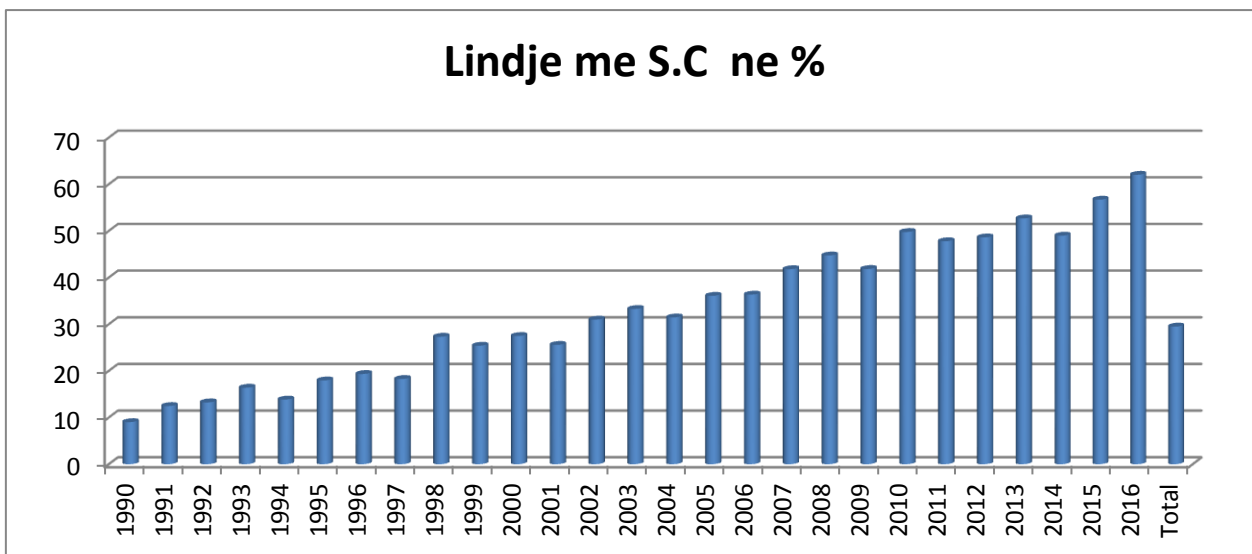
Spitali Universitar Obstetrik-Gjinekologjik “Mbretëresha Geraldinë” kishte një përqindje të SC prej 33.4% dhe Spitali Universitar Obstetrik-Gjinekologjik “Koço Gliozheni” 29.2%.

Bazat e vendimit për një lindje me Seksio Cezarea mund të përfshijnë arsye të shumta, përveç atyre mjekësore, si p.sh.: gjendja social-ekonomike, mosha e nënës (veçanërisht mbi 35 vjeç) lindja e zgjatur, komplikacionet e shtatzanisë, pesha e ulët e foshnjës në lindje dhe më pak lindja e parë. (4)

Aktualisht të dhënat e lindjeve me SC raportohen në Ministri të Shëndetësisë nëpërmjet pasqyrave statistikore ‘Sh numri vjetor i lindjeve dhe seksio cezareve’ për çdo maternitet në rang vendi dhe nga Qendra Kombëtare e Cilësisë, Sigurisë dhe Akreditimit të Institucioneve Shëndetësore nëpërmjet ‘Listës së Treguesve të Performancës Spitalore’ nëpërmjet treguesit “% e përdorimit të SC” që nga viti 2007.(5)

Le të shohim si paraqitet situata në Maternitetin e Spitalit “Petro Nako” Sarandë, nëpërmjet vëzhgimit retrospektiv si vijon:

Përperiudhën 1990 – 2016 bazuar në kartelat klinike obstetrikale rezulton në total 4,176 lindje me SC dhe 14,172 lindje normale.



E shprehur në përqindje sipas viteve “lindjet me SC ne %” (grafiku më sipër) vihet re një rritje konstante e lindjeve me SC 1990-2016.

Tabela nr.1 Lindjet me Seksio Cezarea në Maternitetin e Spitalit “Petro Nako” Sarandë, për vitet 1990 – 2016 e shprehur në %

Viti	Lindje gjithsej	Me Seksio Cezarea	%
1990	1109	100	9.02
1991	946	118	12.47
1992	717	95	13.25
1993	665	109	16.39
1994	628	87	13.85
1995	691	124	17.95

1996	626	121	19.33
1997	471	86	18.26
1998	454	124	27.31
1999	457	116	25.38
2000	433	119	27.48
2001	438	112	25.57
2002	397	123	30.98
2003	478	159	33.26
2004	477	150	31.45
2005	449	162	36.08
2006	432	157	36.34
2007	457	191	41.79
2008	380	170	44.74
2009	423	177	41.84
2010	442	220	49.77
2011	450	215	47.78
2012	463	225	48.6
2013	505	266	52.67
2014	441	216	48.98
2015	388	220	56.7
2016	345	214	62.03
Total	14,162	4,176	29.49

Nga të dhënat në tabelë rezulton se në periudhën 1990 – 2017 lindjet me Seksio Cezare në maternitetin e Spitalit “Petro Nako” Sarandë përfaqësojnë 30% të lindjeve, ose 1 në 3.39 lindje.

Kjo tregon se numri i lindjeve me SC është larg numrit optimal të rekomanduar nga OBSH.

Në periudhën 1990 – 1997 numri i lindjeve me SC ka qënë nga 9% – 19% pra në vlerat optimale të rekomanduara nga OBSH, por viti 1998 shënon një rritje prej 9% të SC dhe nga viti në vit me ndonjë përjashtim të rrallë, përqindja e SC është rritur për të mbërritur kulmin në vitin 2016 me 214 raste ose 62% të lindjeve vjetore.

Konkluzione:

- Vihet re një rritje konstante e Tendencës së lindjeve me Seksio Cezarea në maternitetin e Spitalit “Petro Nako” Sarandë për vitet 1990 – 2016, e cila sigurisht ka sjellë edhe rritje të kostos së shpenzimeve në maternitet dhe spital; rritje kjo e pa justifikuar dhe e pa bazuar.
- Risillet dhe mbetet aktual debati midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor, qeverisë, hartuesve të politikave shëndetësore, shkencëtarëve dhe mjekëve, mbirritjen e vazhdueshme të normave të CS, me synim të rritet kërkimi dhe të gjenden zgjidhje për këtë dukuri shqetësuese jo vetëm në Spitalin e Sarandës por në gjithë maternitetet në vend.

Bibliografia

1. WHO Statement on Caesarean Section Rates. Geneva: World Health Organization; 2015 (WHO/RHR/15.02).
2. Mi J, Liu F. Rate of caesarean section is alarming in China. Lancet. 2014;383(9927):1463–4. doi: [10.1016/S0140-6736\(14\)60716-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60716-9) [PubMed]
3. Bruggmann D, Lohlein LK, Louwen F, Quarcoo D, Jaque J, Klingelhofer D, et al. Caesarean Section-A Density-Equalizing Mapping Study to Depict Its Global Research Architecture. International journal of environmental research and public health. 2015;12(11):14690–708. doi: [10.3390/ijerph121114690](https://doi.org/10.3390/ijerph121114690) [PMC free article] [PubMed]
4. Analizë e situatës nësektorin e shëndetit riprodhues - Ministria e Shëndetësisë. www.shendetesia.gov.al/ANALIZA_SITUATES_E_RIPUNUAR . mundësi të kenë një lindje me seksio Cezareakrahasuar me gratë në zonat rurale, ... shtatzanisë dhe lindjes-që janë ndërhyrje të tilla si seksio cezarearutinë, fq. 18 – 19.
5. QKCSAISH (Qendra kombëtare e cilësisë dhe akreditimit të institucioneve shëndetësore) Lista e treguesve të performancës spitalore.

6. Stanton CK, Dubourg D, De Brouwere V, Pujades M, Ronsmans C. Reliability of data on caesarean sections in developing countries. *Bull World Health Organ.* 2005;83(6):449–55. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
7. Torloni MR, Betran AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, Mazzoni A, et al. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013;13:78 doi: [10.1186/1471-2393-13-78](#) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
8. Torloni MR, Daher S, Betran AP, Widmer M, Souza JP, Montilla P, et al. Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: a 20 year review. *BMJ.* 2011;342:d276 doi: [10.1136/bmj.d276](#) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
9. Raisanen S, Gissler M, Kramer MR, Heinonen S. Influence of delivery characteristics and socioeconomic status on giving birth by caesarean section—a cross sectional study during 2000–2010 in Finland. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2014;14(1). [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
10. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C, et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health.* 2015;12:57 doi: [10.1186/s12978-015-0043-6](#) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
11. Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Gulmezoglu AM, Torloni MR. A Systematic Review of the Robson Classification for Caesarean Section: What Works, Doesn't Work and How to Improve It. *PLoS One.* 2014;9(6):e97769 doi: [10.1371/journal.pone.0097769](#) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
12. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > NCBI > Literature > PubMed Central (PMC) by AP Betrán - 2016 - [Cited by 91](#) - [Related articles](#) Feb 5, 2016 – Caesarean section (CS) rates continue to evoke worldwide concern ... and some studies showing a link between increasing CS rates and poorer outcomes [5, 6]. .. doi: [10.3390/ijerph121114690](#) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)].
13. Incidence of Cesarean Section at the Department of Gynecology and <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > NCBI > Literature > PubMed Central (PMC) by MA El-Ardat - 2014 - [Related articles](#) Feb 20, 2014 - **The goal of this study is to show the incidence of cesarean section in the Public Hospital in Travnik ... The incidence of cesarean deliveries (Latin Sectio Caesarea, SC) and surgically completed ...** [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)].
14. Cephalopelvic disproportion and caesarean section. - NCBI – NIH <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > NCBI > Literature > PubMed Central (PMC) by GJ Jarvis 1980 - [Cited by 1](#) - [Related articles](#) Philpott RH. Graphic records in labour. *Br Med J.* 1972 Oct 21;4(5833):163–165. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]; Davidson AC, Weaver JB, Davies P, Pearson JF.
15. **Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial.** <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > NCBI > Literature > PubMed Central (PMC) by MG Dominguez-Bello - 2010 - [Cited by 1665](#) - [Related articles](#) Jun 21, 2010 - **This article has been cited by other articles in PMC. ... Although prior studies have suggested that delivery mode shapes the ... The healthy human fetus is thought to develop within a bacteria-free environment. In C-section babies, the lack of a vaginal exposure leads to first** [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)].
16. A prospective study of the effect of delivery type on neonatal weight <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > NCBI > Literature > PubMed Central (PMC) by A Saki - 2010 - [Cited by 12](#) - [Related articles](#) Jan 27, 2010 - **This article has been cited by other articles in PMC. Go to: ... The neonate's weight gain pattern for C-section deliveries lies below that of normal...**
17. Indications for and Risks of Elective Cesarean Section - NCBI – NIH <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > NCBI > Literature > PubMed Central (PMC) by I Mylonas - 2015 - [Cited by 29](#) - [Related articles](#) Jul 20, 2015 - **This article has been cited by other articles in PMC. ... The WHO stated, on the basis of a study of maternal and fetal complications between 2004 and 2008 in 24 2007;335** [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]. 7. **Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf...**

Studimi është paraqitur në Konferencën Rajonale të DRSH Gjrokastër, në dt. 25.11.2017

NEKROLOGJI



Dr. Qazim METANI
1950 – 2018

Më dt. 28 Mars 2018 u nda nga jeta Dr. Qazim Metani.

Lindi në Skrapar në vitin 1950. Studimet e larta i përfundoi në vitin 1973 pranë Fakultetit të Mjekësisë të Universitetit të Tiranës. Pas specializimit në fushën e Obstetrik-Gjinekologjisë, dr. Qazimi punoi me përkushtim në rrethin e Skraparit ku dha një kontribut të vyer si mjek specialist obstetër dhe si drejtues i shërbimit obstetrikal. Krahas punës si specialist dhe si drejtues i shërbimit të Obstetrik-Gjinekologjisë të rrethit, nga viti 1991 dr. Qazimi ka kontribuar në fushën e drejtimit të mjekësisë në rrethin e tij, si Drejtor i Mjekimit dhe më pas Drejtor i Shëndetit Publik për Skraparin.

Gjatë punës shumëvjeçare si specialist dhe drejtues ka dhënë një kontribut të vyer në drejtim të përmirësimit të organizimit të shërbimit shëndetësor, për ngritjen tekniko-profesionale të kolegëve dhe për aplikimin e metodave bashkëkohore lidhur me ekzaminimin e të sëmurëve në zonën e Skraparit.

Dr. Qazim Metani mbahet mend si mjek me aftësi të mira profesionale që përpiquej ti përçonte tek kolegët e tij dhe të komunikonte miqësisht me ta. Falë punës së përkushtuar të karakterit organizativ dhe shkencor, si dhe të bashkërendimit të veprimtarisë së tij me ata të institucioneve të tjera, dr. Qazimi ka ndikuar në arritjen e rezultateve të mira të shërbimit parësor dhe për uljen progresive të vdekshmërisë foshnjore.

Në vlerësim të punës dhe të rezultateve të arritura, Bashkia e Çorovodës së Qarkut Berat, më 3 Tetor 2017 e nderoi dr. Qazim Metanin me titullin “QYTETAR NDERI” me motivacionin: ***“Për punë të pa lodhur, profesionalizëm të lartë, devotshmëri dhe përkushtimin e treguar gjatë ushtrimit të detyrës në shërbim të pacientëve”.***

Ndarja e dr. Qazim Metanit nga familjarët, shokët, miqtë dhe kolegët lë pas kujtimet e mira për punën dhe kontributin mjekësor që do të mbeten mend gjatë.

Dr. Bashkim Hysi, Dr. Faik Toska

Këshilli Rajonal Berat



DR. THOMA J. PRIFTI

1942 – 2018

Më dt. 24 Prill 2018 u nda nga jeta mjeku Thoma Prifti. Thomai u lind më 18 Janar 1942 në fshatin Shtikë të Kolonjës. Pasi kreu shkollën e mesme mjekësore në Tiranë, në vitet 1960-1965 ndoqi studimet në Fakultetin e Mjekësisë.

Në vitin 1966 me dëshirën për të shërbyer në vendlindje fillon punë në Barmash, ku ngriti për herë të parë qendrën shëndetësore në lokalitet në rrethin e Kolonjës. Më pas me ngritjen e spitalit në Ersekë, Thomai u specializua për Internist e kryesisht për Kardiologji.

Në vitin 1974 u emërua mjek në spitalin e Ersekës me detyrë Shef i Patologjisë, detyrë të cilën e kreu derisa doli në pension.

Thomai do të mbahet mend nga pacientët dhe bashkëqytetarët e tij sinjë mjek i devotshëm, i dashur e i sjellshëm, dhe nga familja si bashkëshort, prind e gjysh shembullor.

Dr. Piro Peço, Dr. Dhimitraq Gjergo, Dr. Niko Bendo, Dr. Vangjel Thomai, Dr. Fluturak Lamçe

Këshilli Rajonal Korçë

Dr. Qazim BAKALLI

1921 – 2018

Dr. Qazim Bakalli ishte bir i një familje të njohur dhe të respektuar tiranase. Ai ndoqi studimet në fushën e mjekësisë, fillimisht në vitet 1940-1943 pranë Universitetit të Bolonjës për ti vazhduar ato dhe diplomuar në Universitetin e Sofies të Bullgarisë në vitin 1948. Dr. Qazimi për disa vite punoi në pavionin e sëmundjeve të brendshme në spitalin civil të Tiranës, ku përballoi një ngarkesë të madhe, në kushtet e mungesës së mjekëve.

Dr. Qazimi qysh në vitet e para, krahas mjekësisë së përgjithshme, ju përkushtua dietologjisë. Ai mbahet mend si mjeku i parë i specializuar si dietolog për të cilën punoi me pasion në spitalin Universitar të Tiranës, gjatë gjithë jetës së tij profesionale, deri kur doli në pension. Falë karakterit prej studiuesi, dr. Bakalli, njohës i mirë i patologjisë së përgjithshme dhe i 5-6 gjuhëve të huaja, kontribuoi për njohjen e dietologjisë nga personeli i lartë dhe i mesëm mjekësor për vënien e saj në jetë. Ai hodhi themelet e dietologjisë duke i dhënë dietës vendin që i takon në kuadrin e mjekimit bashkëkohor të sëmundjeve.

Ai është autor i mjaft studimeve dhe referimeve shkencore si dhe i mjaft shkrimeve në revista e gazeta. Si bashkëpunëtor dhe aktivist në Radiotelevizionin Shqiptar, dr. Qazim Bakalli ka dhënë kontribut të vyer në drejtim të edukimit mjekësor dhe propagandimit për popullësinë të normave dhe kujdesit që duhet respektuar në drejtim të mirë-ushqyerjes dhe parandalimit të sëmundjeve.

Për virtytet e tij dhe kontributin është vlerësuar nga Kuvendi i Shqipërisë me Urdhrin “Naim Frashwri” të klasit II, me titujt “Nderi i Tiranës” nga Bashkia e Tiranës dhe me titullin “Fisnikëria Tiranase” nga Shoqata Tirana.

Dr. Bakalli, siç quhej nga nga kolegët, miqtë dhe pacientët e shumtë, gjatë të gjithë veprimtarisë së tij të gjatë, mbeti një besimtar i devotshëm, përherë korrekt dhe i ndershmë që do të kujtohet me shumë respekt.

Dr. Bedri Bylyku, Dr. Bujar Horasani, Dr. Flamur Topi, Dr. Faik Toska

Këshilli Rajonal Tiranë, UMSH

Dr. Ziadet MUHAMETI

1943 - 2018

Më 5 Korrik 2018 u nda nga jeta dr. Ziadet Muhameti në moshën 75-vjeçare, duke lënë një boshllëk e keqardhje të madhe jo vetëm tek familjarë, të afërm dhe shokët por edhe shumë banorë të Vlorës që e njohën apo morën shërbim mjekësor prej tij.

Ai ka lindur në 23.02.1943 në një familje të respektuar dhe me tradita në Vlorë. Pas mbarimit të shkollës së mesme të përgjithshme “Ali Demi” Vlorë, vazhdoi studimet e larta në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit shtetëror të Tiranës, të cilat i mbaroi me rezultate të larta në 1967. Ai u emërua si pedagog në shkollën e mesme mjekësore “Jani Minga” Vlorë. Menjëherë tek ai spikatën jo vetëm aftësitë profesionale, virtytet e larta njerëzore por edhe pasioni i madh për punën, dashuria për profesionin, aftësitë komunikuese me nxënësit e shkollës, pacientët dhe familjarët e tyre.

Në vitin 1977 kreu specializimin për kirurgji të përgjithshme dhe neurokirurgji të cilat i ushtroi në shërbimin e kirurgjisë të spitalit të Vlorës deri në daljen në pension. Dr. Ziadeti ishte fjalë pak, por dinte të bënte për vete me punën e tij, pasionin për profesionin, ndershtetësinë dhe korektesën në raportet njerëzore, solidaritetin shoqëror, shpirtin e sakrificës, mënyrën se si menaxhonte vështirësitë.

Gjithmonë ai pëlqente të dëgjonte mendimet e kolegëve duke vlerësuar, selektuar dhe konsideruar diversitetin e tyre, por gjithnjë gjente zgjidhjen më të drejtë, falë aftësive të larta njerëzore dhe pjekurisë profesionale të admirueshme që demonstronte. Ai mbeti gjithmonë shembull i njeriut të mirë, të ndershëm, të ditur, të respektuar, si dhe shembull i kolegut të dashur, bashkëpunues me të rinjtë dhe me mjekët me përvojë, duke ndihmuar e sakrifikuar për të ofruargjithmonë një shërbim cilësor ndaj publikut.

Ai ishte edhe një bashkëshort, prind e familjar i mirë. Për të gjitha këto ai do të kujtohet gjatë jo vetëm nga familja, të afërmit, shokët dhe miqtë por nga mbarë banorët e rrethit të Vlorës dhe më gjerë.

*Këshilli Rajonal Vlorë, U.M.SH
Spitali Rajonal Vlorë*