



**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I ELBASANIT “ALEKSANDËR XHUVANI”
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE
DOKTORATË NË SHKENCAT MJEKËSORE TEKNIKE**

DISERTACION

PËR MBROJTJEN E GRADËS SHKENCORE

“DOKTOR”

**VLERËSIMI I NJOHURIVE DHE QËNDRIMEVE TË
INFERMIERËVE NË MENAXHIMIN E DHEMBJES**

KANDIDATI

Armelda TETA

UDHËHEQËS

Prof.as.dr. Gazment KODUZI

ELBASAN, 2025

Doktoratë

Përgatitur nga: Armelda TETA

Për marrjen e gradës shkencore “DOKTOR”

VLERËSIMI I NJOHURIVE DHE QËNDRIMEVE TË INFERMIERËVE NË MENAXHIMIN E DHEMBJES

Udhëheqës Shkencor: Prof.as.dr. Gazment KODUZI

Mbrohet më datë/..../ 2025 para jurisë:

1. _____ (Kryetar)
2. _____ (Anëtar)
3. _____ (Anëtar)
4. _____ (Anëtar)
5. _____ (Anëtar)

© Armelda Teta, 2025

Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit

Ndalohet botimi i plotë ose i pjesshëm, kopjimi, shpërndarja në internet apo në forma të tjera elektronike, ose çdo formë tjetër të këtij botimi, pa lejen përkatëse me shkrim të autorit.

ABSTRAKT

Dhembja klasifikohet si një çështje e rëndësishme e shëndetit publik për shkak të prevalencës së lartë dhe pasojave negative që sjell në popullatë. Menaxhimi i saj mbetet një nga sfidat më të mëdha në kujdesin shëndetësor, dhe infermierët janë në vijën e parë të këtij procesi. Njohuritë dhe qëndrimet adekuate të infermierëve ndaj menaxhimit të dhembjes janë thelbësore për një menaxhim efektiv.

Qëllimi

Ky studim synoi të vlerësonte njohuritë dhe qëndrimet në lidhje me menaxhimin e dhembjes të infermierëve të Spitalit Rajonal “Xhaferr Kongoli” Elbasan.

Metodologjia

Studim kuantitativ, i tipit transversal. Pjesëmarrësit përfshinin të gjithë stafin infermior të Spitalit të Elbasanit. Të dhënat u mbledhën gjatë periudhës qershor - shtator 2023, duke përdorur versionin shqip të Pyetësorit të Njohurive dhe Qëndrimeve në Lidhje me Dhembjen, gjithashtu u mbledhën të dhëna demografike të pjesëmarrësve. Analiza statistikore u realizua përmes programit statistikor SPSS vs 20.0. Regresioni logjistik multivariat u përdor për identifikimin e faktorëve prediktorë në nivelin e njohurive.

Rezultate

Shkalla e përgjigjes ishte 90.7%. Nga 219 pjesëmarrës gjithsej, shumica ishin femra (79.9%), me një moshë mesatare 40.1 vjeç ($SD \pm 10.9$) dhe eksperiencë mesatare pune prej 10 vitesh. Shumica e të anketuarve (82.1%), kishin marrë pjesë në trajnime dhe seminare mbi menaxhimin e dhembjes. Niveli mesatar i PNJQLDH rezultoi 46.1% ($SD \pm 7.19$) duke treguar një nivel të ulët të njohurive. Mungesa e trajnimeve u identifikua si faktori kryesor prediktor i njohurive të pamjaftueshme, ku infermierët e patrajnuar kishin 2.1 herë më shumë gjasa të mos përgjigjeshin saktë në pyetjet binare ($OR = 2.1$; 95%CI 1.070-4.226, $p = 0.031$), dhe 8 herë më shumë në pyetjet me zgjedhje të shumëfishta ($OR = 8.075$; 95%CI 1.947-33.488, $p = 0.004$).

Konkluzione

Gjetjet e studimit tregojnë një nivel të ulët të njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve mbi menaxhimin e dhembjes, duke theksuar nevojën për trajnime të vazhdueshme. Implementimi i protokolleve të standardizuara në institucionet shëndetësore dhe përditësimi i kurrikulave infermierore janë thelbësore për përmirësimin e cilësisë së kujdesit ndaj pacientëve. Për më tepër, bashkëpunimi multidisiplinar dhe fushatat e ndërgjegjësimit mund të ndihmojnë në avancimin e praktikave klinike në këtë fushë.

Fjalë kyçe: Infermierë; Njohuri; Qëndrime; Menaxhim infermieror i dhembjes; Studim trasversal.

ABSTRACT

Pain is classified as an important public health issue due to its high prevalence and negative consequences in the population. Its management remains one of the greatest challenges in healthcare, and nurses are at the forefront of this process. Adequate knowledge and attitudes of nurses toward pain management are essential for effective management.

Purpose

This study aimed to assess the knowledge and attitudes of nurses at the “Xhaferr Kongoli” Regional Hospital in Elbasan regarding pain management.

Methodology

A quantitative, cross-sectional study. The participants included the entire nursing staff of the Elbasan Hospital. The data were collected in June - September 2023, using the Albanian version of the Pain Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain, demographic data of the participants was also collected. Statistical analysis was performed through the SPSS vs 20.0 statistical program. Multivariate logistic regression was used to identify predictive factors for knowledge level.

Results

The response rate was 90.7%. Of the 219 participants, the majority were female (79.9%), with a mean age of 40.1 years ($SD \pm 10.9$) and a mean work experience of 10 years. Most of the respondents (82.1%) had participated in trainings and seminars on pain management. The mean level of PNJQLDH was 46.1% ($SD \pm 7.19$), indicating a low level of knowledge. Lack of training was identified as the main predictor of insufficient knowledge, with untrained nurses being 2.1 times more likely to answer incorrectly on binary questions ($OR = 2.1$; 95%CI 1.070-4.226, $p = 0.031$), and 8 times more likely to answer incorrectly on multiple-choice questions ($OR = 8.075$; 95%CI 1.947-33.488, $p = 0.004$).

Conclusions

The study findings indicate a low level of nurses' knowledge and attitudes on pain management, highlighting the need for continuous training. The implementation of

standardized protocols in health institutions and the updating of nursing curricula are essential for improving the quality of patient care. Furthermore, multidisciplinary collaboration and awareness campaigns can help advance clinical practices in this area.

Keywords: Attitudes; Cross-sectional study; Knowledge; Nurses; Nursing pain management.

MIRËNJOHJE

Dëshiroj të shpreh mirënjohjen time ndaj të gjithë atyre që më kanë mbështetur në këtë rrugëtim, sa të vështirë, aq edhe të bukur. Kontributi dhe prania e tyre kanë qenë thelbësore për ta bërë këtë përvojë të realizueshme dhe të suksesshme.

Së pari, shpreh mirënjohjen time të thellë për udhëheqësin tim, Prof.as.dr. Gazment Koduzi, për mbështetjen e vazhdueshme, përkushtimin dhe udhëzimet e vlefshme gjatë gjithë periudhës së hartimit dhe shkrimit të këtij dizertacioni.

Shpreh respektin dhe vlerësimin tim të veçantë për Prof. Dr. Skender Topi, i cili ka qenë themeluesi dhe nismëtari i këtij rrugëtimi shkencor. Inkurajimi dhe vizioni i tij kanë shërbyer si udhërrëfyes për të gjithë ne në këtë zhvillim akademik.

Dua të falënderoj të gjithë kolegët e Fakultetit të Shkencave Mjekësore Teknike në Elbasan, si dhe miqtë e mi, për mbështetjen dhe bashkëpunimin e tyre të çmuar gjatë kësaj periudhe. Falënderoj për zemërsisht Dr. Elona Gaxhja dhe Dr. Mitilda Gugu për inkurajimin dhe mbështetjen e vazhdueshme që më kanë ofruar. Gjithashtu, shpreh mirënjohjen time të thellë për kolegen dhe njëkohësisht bashkëudhëtaren në këtë rrugëtim shkencor, znj. Rezarta Stena, për mbështetjen emocionale dhe inkurajimin e palodhur që nga fillimi i doktoraturës deri në përfundimin e këtij punimi.

Së fundi, një falënderim i veçantë i dedikohet familjes sime: prindërve të mi, vëllait, Savjolës dhe, në veçanti, bashkëshortit tim, Kreshnikut, për mbështetjen e pakushtëzuar, besimin dhe durimin që treguan gjatë gjithë kësaj periudhe. Me për zemërsi falënderoj edhe fëmijët e mi, Arni dhe Roan, për çdo buzëqeshje që më dhuronin sa herë që më shikonin të lodhur, duke më rikthyer energjinë dhe forcën për të vazhduar. Ju jam thellësisht mirënjohëse dhe ju kërkoj ndjesë për orët e munguara që nuk kam ndarë me ju.

Pa ju, kjo tezë nuk do të ishte e mundur! Çdo hap i këtij rrugëtimi ka qenë më i lehtë falë dashurisë, durimit dhe mbështetjes suaj të palëkundur.

Nga zemra, faleminderit për gjithçka!

TABELA E PËRMBAJTJES

Abstrakt.....	iii
Mirënjohje.....	vii
Tabela e përmbajtjes	viii
Lista e tabelave	xi
Lista e grafikëve.....	xiii
Lista e figurave	xiv
Shkurtime.....	xv
KAPITULLI I- HYRJA	1
1.1. Hyrje	1
1.2. Qëllimi dhe objektivat e punimit	3
1.2.1. Qëllimi	3
1.2.2. Objektivat.....	3
1.3. Popullata dhe rëndësia e studimit	3
1.3.1. Popullata në interes	3
1.3.2. Rëndësia e studimit	4
1.4. Struktura e punimit	4
KAPITULLI II- RISHIKIMI I LITERATURËS	6
2.1. Hyrje	6
2.2. Përkufizimi i dhembjes	6
2.3. Fiziologjia e dhembjes	7
2.4. Faktorët që ndikojnë në perceptimin e dhembjes	11
2.4.1. Faktorët Biologjikë	11
2.4.2. Faktorët Fiziologjikë.....	12
2.4.3. Faktorët Psikologjikë	13
2.4.4. Faktorët Social	14
2.5. Llojet dhe Klasifikimi i dhembjes.....	15
2.5.1. Klasifikimi sipas kohëzgjatjes	16
2.5.2. Klasifikimi sipas vendndodhjes	17
2.5.3. Klasifikimi sipas mekanizmave	18
2.5.4. Klasifikimi sipas intensitetit	20
2.5.5. Lloje të tjera të dhembjes.....	21
2.6. Vlerësimi i dhembjes	22
2.6.1. Mjete për të vlerësuar dhembjen.....	24

2.6.1.1. Shkallët e dhembjes	24
2.6.1.2. Pyetësorët e dhembjes.....	28
2.7. Trajtimi i dhembjes.....	30
2.7.1. Trajtimi Farmakologjik.....	30
2.7.1.1. Hapi i parë i trajtimit-Analgjezikët jo-opioidë.....	31
2.7.1.2. Hapi i dytë- Opioidet e lehta.....	31
2.7.1.3. Hapi i tretë- Opioidet e forta.....	32
2.7.2. Metodatat jofarmakologjike.....	34
2.7.2.1. Terapia Fizike	35
2.7.2.2. Terapia Psikologjike	38
2.8. Roli i infermierëve në menaxhimin e dhembjes	39
2.8.1. Njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve në lidhje me dhembjen	41
2.8.2. Ndikimi i njohurive dhe aftësive në menaxhimin e dhembjes	43
2.8.3. Vlerësimi i njohurive dhe qëndrimeve në lidhje me dhembjen	43
2.8.4. Studime mbi njohuritë dhe qëndrimet në lidhje me dhembjen	45
2.8.5. Protokollet e menaxhimit të dhembjes.....	49
2.8.6. Barrierat për menaxhimin adekuat infermior të dhembjes	51
KAPITULLI III- QËLLIMI DHE METODOLOGJIA.....	54
3.1. Qëllimi i studimit dhe objektivat	54
3.1.1. Qëllimi	54
3.1.2. Objektivat.....	54
3.1.3. Hipotezat e studimit	54
3.2. Metodologjia.....	55
3.2.1. Lloji i studimit.....	55
3.2.2. Periudha kohore e studimit	55
3.2.3. Popullata e synuar dhe kampioni	56
3.2.3.1. Kriteret e përfshirjes	56
3.2.3.2. Kriter përjashtues	56
3.2.4. Llogaritja e mostrës minimale	56
3.2.5. Instrumenti	57
3.2.6. Pyetësi i përzgjedhur	58
3.2.7. Procesi i përshtatjes ndërkulturore dhe validimi i pyetësit në shqip	59
3.2.7.1. Analiza statistikore e studimit pilot	61
3.2.7.2. Rezultatet e testimit të pyetësit.....	62
3.2.7.3. Konkluzioni i studimit pilot.....	63

3.2.8. Procedura e mbledhjes së të dhënave të studimit.....	63
3.2.9. Analiza statistikore.....	64
3.2.10. Variablat e analizuara	65
3.2.11. Konsiderata Etike.....	66
KAPITULLI IV-REZULTATE.....	67
4.1. Karakteristikat socio-demografike	67
4.2. PNJQLDH - Seksioni I Pyetjet me zgjedhje dikotomike	71
4.3. PNJQLDH - Seksioni II Pyetjet me zgjedhje të shumëfishtë	91
4.4. Rezultati mesatar i njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve mbi dhembjen ..	118
4.5. Analiza e regresionit logjistik multivariat.....	119
KAPITULLI V- DISKUTIME DHE KONKLUSIONE	124
5.1. Diskutime	124
5.2. Konkluzione	133
5.3. Rekomandime	135
5.4. Pikët e forta të studimit dhe kufizimet.....	136
REFERENCA	138
SHTOJCA 1 - Instrumenti i përdorur	153
SHTOJCA 2 - Leja e pyetësorit	158

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Të dhënat socio-demografike të studimit pilot	62
Tabela 2. Testi i besueshmërisë dhe vlefshmërisë së PNJQLDH.....	63
Tabela 3. Karakteristikat socio-demografike dhe të profesionit.....	68
Tabela 4. Frekuenca e trajnimeve të zhvilluara mbi menaxhimin e dhembjes	70
Tabela 5. Frekuenca e pohimeve të sakta të pyetjeve dikotomike.....	71
Tabela 6. Frekuenca e pohimeve të sakta të pyetjeve dikotomike sipas gjinisë	73
Tabela 7. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas gjinisë	76
Tabela 8. Frekuenca e pohimeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas kualifikimit ..	77
Tabela 9. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas kualifikimit.....	79
Tabela 10. Frekuenca e pohimeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas repartit.....	81
Tabela 11. Frekuenca mesatare e përqindjeve të sakta sipas reparteve	83
Tabela 12. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas pjesëmarrjes në trajnime	85
Tabela 13. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas trajnimeve të kryera.....	87
Tabela 14. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas viteve të eksperiencës në punë.....	88
Tabela 15. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas viteve në punë.....	90
Tabela 16. Rruga e administrimit të opioidë për pacientët me kancer.....	91
Tabela 17. Rruga e administrimit të opioidë për pacientët me dhembje	91
Tabela 18. Medikamenti i përzgjedhur për trajtimin e dhembjeve	92
Tabela 19. Ekuivalenca e një doze prej 30 mg morfinë orale.....	92
Tabela 20. Analgjezikët për dhembjet postoperative	93
Tabela 21. Gjasat që pacienti të shfaqë depresion respirator	93
Tabela 22. Arsyeja e rritjes së dozave të barnave kundër dhembjes	93
Tabela 23. Medikamenti më i dobishëm për trajtimin e dhembjes nga kanceri	94
Tabela 24. Vlerësuesi më i saktë për intensitetin e dhembjes së pacientit	94
Tabela 25. Qasja ndaj faktorëve kulturorë në kujdesin e pacientëve me dhembje.....	94
Tabela 26. Mundësia e shfaqjes së abuzimit me alkoolin dhe/ose drogën	95
Tabela 27. Efekti maksimal i Morfinës IV	95
Tabela 28. Efekti maksimal i Morfinës PO	96
Tabela 29. Manifestimi i varësisë fizike	96
Tabela 30. Depresioni respirator nga opioidët	97
Tabela 31. Shkalla e dhembjes së pacientit A.....	97

Tabela 32. Veprimi që duhet bërë për rastin A	97
Tabela 33. Shkalla e dhembjes së pacientit B.....	98
Tabela 34. Veprimi që duhet bërë për rastin B	98
Tabela 35. Frekuenca e pohimeve të sakta të pyetjeve me zgjedhje të shumëfishta ...	99
Tabela 36. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas gjinisë.....	100
Tabela 37. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas gjinisë	103
Tabela 38. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas kualifikimit	105
Tabela 39. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas kualifikimit	107
Tabela 40. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas reparteve	108
Tabela 41. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas reparteve	109
Tabela 42. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas eksperiencës në punë	111
Tabela 43. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas eksperiencës në punë ...	113
Tabela 44. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas trajnimeve	115
Tabela 45. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas trajnimeve.....	117
Tabela 46. Niveli mesatar i njohurive dhe qendrimeve të infermierëve.....	118
Tabela 47. Faktorët prediktorë për njohuri të ulëta PNJQLDH-1	120
Tabela 48. Faktorët prediktorë për njohuri të ulëta PNJQLDH-2	122

LISTA E GRAFIKËVE

Grafiku 1. Histogrami i moshës së pjesëmarrësve	69
Grafiku 2. Krahsimi i moshës mesatare sipas gjinisë	70
Grafiku 3. Frekuenca e pohimeve të sakta të pyetjeve dikotomike	73
Grafiku 4. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas gjinisë të pyetjeve dikotomike	75
Grafiku 5. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas gjinisë.....	76
Grafiku 6. Frekuenca e pohimeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas kualifikimit.	78
Grafiku 7. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas kualifikimit.....	80
Grafiku 8. Frekuenca mesatare e përqindjeve të sakta sipas reparteve.....	84
Grafiku 9. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas pjesëmarrjes në trajnime	86
Grafiku 10. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas trajnimeve	87
Grafiku 11. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas viteve të eksperiencës në punë	89
Grafiku 12. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas eksperiencës në punë ...	90
Grafiku 13. Frekuenca e pohimeve të sakta.....	100
Grafiku 14. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas gjinisë	103
Grafiku 15. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas gjinisë.....	104
Grafiku 16. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas kualifikimit.....	106
Grafiku 17. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas kualifikimit	107
Grafiku 18. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas reparteve	110
Grafiku 19. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas eksperiencës në punë.....	113
Grafiku 20. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas eksperiencës në punë .	114
Grafiku 21. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas trajnimeve.....	116
Grafiku 22. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas trajnimeve	117
Grafiku 23. Raporti i gjasave (OR) me interval besimi 95%, për pjesën e parë të PNJQLDH.....	121
Grafiku 24. Raporti i gjasave (OR) me interval besimi 95%, për pjesën e dytë të PNJQLDH.....	123

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Perceptimi i dhembjes	10
Figura 2. Shkalla Numerike e Vlerësimit	25
Figura 3. Shkalla Analoge Vizuale	26
Figura 4. Shkalla e Dhembjes së Fytyrave.....	27
Figura 5. Shkalla e Dhembjes së Fytyrave e Rishikuar	28

SHKURTIME

AIJS - Anti-Inflamatorët Jo Steroidë

AKKSHI - Agjencia Kombëtare e Kërkimit Shkencor dhe Inovacionit

APS - American Pain Society

A δ - A-delta

CI - Confidence Interval/Interval Besimi

CRGP - Calcitonin gene-related peptide

Exp B - Exponent B

FPS - Faces Pain Scale

FPS-R - Faces Pain Scale-Revised

IASP - International Association for the Study of Pain

NRS - Numeric Rating Scales

OBSH - Organizata Botërore e Shëndetësisë

OR - Odds Ratio/Gjasat

PNJQLDH - Pyetësi i Njohurive dhe Qëndrimeve në Lidhje me Dhembjen

PO - Administrim në rrugë orale

S.E. - Standard Error

SD - Devijim standard

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SNP - Sistemi Nervor Periferik

SNQ - Sistemi Nervor Qendror

TENS - Simulimi Nervor Elektrik Transkutan

VAS - Visual Analog Scale

KAPITULLI I

1.1. HYRJE

American Pain Society (APS) në vitin 1995, cilësoi dhembjen si “shenja e pestë vitale”, duke përdorur këtë koncept në një fushatë për reduktimin e trajtimit joadekuat të dhembjes (Max et al., 1995). Ndër vite përkufizimi dhe koncepti i dhembjes ka pësuar ndryshime. International Association for the Study of Pain (IASP), në vitin 2020 përditësoi përkufizimin e dhembjes si “Një përvojë e pakëndshme, shqisore dhe emocionale e lidhur ose që i ngjan asaj që lidhet me dëmtimin aktual ose të mundshëm të indeve” (Raja et al., 2020). Kjo dukuri nuk mund të matet, por është perceptim i një ndjesie të dhembshme, dhe mbështetet tek mënyra sesi një pacient e përshkruan atë (Chang et al., 2009).

Dhembja klasifikohet si një çështje e rëndësishme e shëndetit publik për shkak të rritjes së prevalencës dhe pasojave negative që shkakton (Zimmer et al., 2022). Cilësohet si një ndër shkaqet kryesore që detyron pacientët të kërkojnë ndihmë mjekësore, ose si një simptomë domethënëse mbi ecurinë e pacientëve të hospitalizuar (Carroll et al., 2022; Wadensten et al., 2011).

Menaxhimi i dhembjes është një aspekt i rëndësishëm i rolit të profesionistëve të kujdesit shëndetësor. Vlerësohet si një proces kompleks që kërkon një qasje të gjerë dhe të integruar, duke kombinuar metoda dhe njohuri nga fusha të ndryshme për të përmbushur nevojat specifike të pacientëve. Elementët kyç të kësaj qasjeje përfshijnë edukimin e pacientit, krijimin e planeve të personalizuara për trajtim dhe vlerësimin e vazhdueshëm të metodave terapeutike (Ángel García et al., 2015; Esquibel et al., 2014; Louw et al., 2016). Menaxhimi efektiv përmirëson gjendjen e pacientëve, redukton komplikimet që lidhen me trajtimin joadekuat dhe kohëzgjatjen e qëndrimit në spital duke ulur prapën e dhembjes në nivele të tolerueshme dhe të menaxhueshme nga pacientët (Gregory & McGowan, 2016). Gjithashtu, është thelbësor për të siguruar mirëqenien e pacientit dhe për të përmirësuar cilësinë e kujdesit (Buhmann et al., 2020; Glowacki, 2015). Trajtimi tradicional shpesh mbështetet te përdorimi i medikamenteve, të cilat nëse përdoren pa kriter mund të çojnë në probleme të tilla si

varësia tek ata që vuajnë nga dhembja kronike (Dowell et al., 2022). Qasjet terapeutike multidisciplinare janë aktualisht teknologjia më e fundit në trajtimin e dhembjes dhe kanë rezultuar më efektive se monoterapitë, duke ofruar një trajtim të përshtatur dhe të balancuar për secilin pacient (Dragioti et al., 2019; Kamper et al., 2015; Marin et al., 2017; Kwekkeboom & Herr, 2001). Krahës ndërhyrjeve mjekësore si: farmakoterapia, terapitë intervenuese të dhembjes, terapitë alternative si akupuntura, stimulimi nervor elektrik transkutan (TENS) apo kiropraktika dhe mbështetja psikologjike, janë të rëndësishme edhe shërbimet e profesioneve të tjera si infermieria dhe fizioterapia (Dowell et al., 2022; Dragioti et al., 2019; Morley et al., 2015; Qaseem et al., 2020). Puna në ekip dhe bashkëpunimi ndërdisiplinar janë thelbësore për të arritur rezultatet më të mira klinike.

Barrierat për menaxhim adekuat të dhembjes shoqërohen me probleme në vlerësimin e duhur, pasi dhembja duke pasur një natyrë subjektive, përcaktohet si një variabël që mund të matet vetëm nga mënyra sesi raportohet nga personi që e përjeton (Chang et al., 2009; Swann, 2021). Sfidat më të zakonshme me të cilat përballen stafi që trajton pacientët me dhembje përfshijnë mungesën e bashkëpunimit nga ana e pacientëve, ngarkesën e tepërt të punës dhe mungesën e stafit të kualifikuar (Pretorius et al., 2015; Vieira et al., 2016).

Infermierët, si profesionistët që kanë kontakt më të shpeshtë në dhënien e kujdesit ndaj pacientëve, luajnë një rol kyç në trajtimin e dhembjes. Njohuritë dhe qëndrimet e stafit infermior mund të ndikojnë në mënyrën se si ata identifikojnë dhe trajtojnë dhembjen e pacientëve. Kjo përfshin aftësinë për të identifikuar në kohë shenjat e dhembjes, përdorimin e teknikave të përshtatshme për vlerësim dhe implementimin e protokolleve për menaxhimin e dhembjes duke synuar përmirësimin e cilësisë së jetës së pacientëve (Lewis et al., 2015).

Sipas literaturës, është vënë re se ekzistojnë boshllëqe në njohuritë dhe aftësitë e infermierëve në lidhje me menaxhimin e dhembjes. Këto boshllëqe mund të jenë për shkak të vlerësimit të gabuar të pragut të dhembjes, mosraportimit të duhur nga ana e pacientëve, koha e papërshtatshme e matjes së nivelit të dhembjes duke çuar në vonesa në ndërhyrje, dhe niveli i ulët i njohurive të stafit (Hamdan, 2019; Owusu et al., 2017; Lewis et al., 2015). Gjithashtu, mund të përfshihen edhe trajnimet e pamjaftueshme, barrierat organizative ose qëndrimet personale (Chow & Chan, 2015;

Nga et al., 2022; Kuhlmann & Tallman, 2022). Për të përmirësuar cilësinë e dhënies së kujdesit tek kjo kategori pacientësh dhe për të zhvilluar strategji trajnimi, është e rëndësishme të kuptohet niveli i përgatitjes së infermierëve duke vlerësuar njohuritë e tyre në këtë fushë.

1.2. Qëllimi dhe objektivat e punimit

1.2.1. Qëllimi

Qëllimi i këtij studimi ishte të vlerësonte njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve në lidhje me menaxhimin e dhembjes.

1.2.2. Objektivat

- Identifikimi i nivelit të njohurive në lidhje me menaxhimin e dhembjes të infermierëve që janë të përfshirë në dhënien e kujdesit ndaj pacientëve dhe punojnë në Spitalin Rajonal “Xhaferr Kongoli”, Elbasan
- Identifikimi i qëndrimeve në lidhje me menaxhimin e dhembjes të infermierëve që punojnë në Spitalin Rajonal “Xhaferr Kongoli”, Elbasan,
- Identifikimi i korrelacionit që ekziston midis nivelit të njohurive dhe qëndrimeve ndaj dhembjes dhe karakteristikave socio-demografike.

1.3. Popullata dhe rëndësia e studimit

1.3.1. Popullata në interes

Popullata me interes për këtë studim cross-sectional (transversal) ishte i gjithë stafi infermior i spitalit rajonal “Xhaferr Kongoli”, Elbasan, i cili punon në dhënien e kujdesit ndaj pacientëve të hospitalizuar, që operon në shtrimet ditore apo dhe shërbimet e urgjencës.

1.3.2. Rëndësia e studimit

Menaxhimi i dhembjes paraqitet si një nga sfidat më të mëdha në kujdesin shëndetësor, dhe infermierët janë në vijën e parë të këtij procesi. Duke qenë në kontakt të drejtpërdrejtë me pacientët, ata janë të përgjegjshëm për vlerësimin e duhur të dhembjes dhe zbatimin e strategjive të trajtimit për të lehtësuar gjendjen e pacientëve. Njohuritë dhe qëndrimet adekuate të infermierëve ndaj menaxhimit të dhembjes janë thelbësore për një trajtim efektiv. Prandaj, duhen identifikuar faktorët që ndikojnë në nivelin e njohurive dhe qëndrimeve të stafit infermieror. Evidentimi i këtyre faktorëve do të kontribuojë në rritjen e nivelit të ndërgjegjësimit dhe përgatitjes së stafit infermieror, por edhe në forcimin e praktikave më të mira dhe përmirësimin e standardeve të kujdesit shëndetësor dhe për përmirësimin e kujdesit ndaj pacientëve me dhembje.

1.4. Struktura e punimit

Ky punim është një studim sasior, cross-sectional, për të vlerësuar prevalencën e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve ndaj menaxhimit të dhembjes. Gjithashtu, për të evidentuar çdo faktor të mundshëm i cili ndikon në njohuritë e infermierëve dhe qëndrimeve që ato kanë ndaj menaxhimit të dhembjes.

Punimi është strukturuar në pesë kapituj. Kapitulli i parë përbëhet nga pjesa e hyrjes, duke paraqitur temën kryesore të hulumtimit dhe kontekstin e saj.

Kapitulli i dytë paraqet një tabllë përmbljedhëse të literaturës mbi konceptin e dhembjes. Trajton çështje të tilla si; instrumentat matës të vlerësimit të dhembjes, mënyrat e duhura të trajtimit, dhe prespektivat e infermierëve në menaxhimin e dhembjes.

Kapitulli i tretë paraqet qëllimin e studimit, objektivat dhe hipotezat e ngritura për këtë studim. Në këtë kapitull është përshkruar dhe metodologjia e ndjekur për realizimin e këtij punimi. Gjithashtu, përfshihet edhe faza e përkthimit dhe përshtatjes ndërkulturore e pyetësorit të zgjedhur si instrument matës për të vlerësuar njohuritë e infermierëve në menaxhimin e dhembjes. Ky kapitull përmban përshkrimin e analizës

statistikore për të dhënat e grumbulluara dhe identifikimin e të gjitha variablave të përdorura në studim. Pjesë e këtij kapitulli ndodhen dhe konsideratat etike, të cilat aprovojnë që ky studim është i miratuar dhe i kryer në përputhje me rregullat e etikës si për punimet shkencore ashtu edhe për mbrojtjen e të dhënave personale të pjesëmarrësve.

Kapitulli i katërt ofron një paraqitje të rezultateve të studimit. Të dhënat janë grupuar dhe klasifikuar sipas kategorive dhe variablave të ndryshme. Analiza e regresionit logjistik dhe lidhjet korrelacionare midis variablave janë përdorur për të identifikuar faktorët të cilët ndikojnë në nivelin e njohurive dhe në qëndrimet e stafit infermieror në menaxhimin e duhur të dhembjes. Është kryer dikotimizimi i përgjigjeve të sakta për të identifikuar nivelin që kanë pjesëmarrësit në studim mbi njohuritë dhe qëndrimet ndaj dhembjes.

Kapitulli i pestë përmban pjesën e diskutimeve, konkluzioneve dhe rekomandimeve të këtij studimi. Pjesa e parë ka të bëjë me diskutimin e rezultateve të përfituara dhe krahasimin e tyre me studime ndërkombëtare. Në seksionin e konkluzioneve kemi evidentuar rëndësinë e gjetjeve të punimit duke i kushtuar vëmendje të veçantë edukimit në vazhdimësi të stafit infermieror që merret me pacientë të cilët përjetojnë dhembje, dhe përfshirjen e seancave edukuese dhe trajnuese për të rritur ndërgjegjësimin për menaxhimin adekuat të dhembjes të bazuar në udhëzuesit e publikuar mbi provat klinike dhe kërkimore. Pjesa e rekomandimeve përmbledh një sërë sugjerimesh dhe orientime bazuar në gjetjet dhe përfundimet e studimit. Në fund janë evidentuar edhe pikët e forta dhe kufizimet e këtij studimi.

Punimi mbyllet me bibliografinë dhe literaturën e përdorur për të kryer këtë punim shkencor.

Pjesë përbërëse e strukturës së këtij punimi janë edhe abstrakti, mirënjohja, shkurtesat dhe shtojcat.

KAPITULLI II

RISHIKIM I LITERATURËS

2.1. Hyrje

Ky kapitull do të paraqesi një tabllë përmblledhëse të literaturës mbi konceptin e dhembjes. Trajtohen çështje të tilla si; etiologjia dhe fizpatologjia e dhembjes, klasifikimi i saj, instrumentat matës të vlerësimit të dhembjes dhe mënyrat e duhura të trajtimit. Rishikimi i literaturës do të bazohet edhe në prespektivat e infermierëve në menaxhimin e dhembjes, duke evidentuar njohuritë, qëndrimet dhe barrierat e stafit infermior mbi menaxhimin e dhembjes në kontekstin ndërkombëtar.

2.2. Përkufizimi i dhembjes

Dhembja paraqet një sfidë për shërbimet shëndetësore.

Termi “dhembje” është aq i hershëm, sa dhe vetë historia e njerëzimit. Në një libër të botuar nga Behan (1914), trajtohet koncepti i dhembjes që nga origjina, perceptimi dhe diagnoza. Duke u bazuar në publikimet e mëparshme të asaj kohe, autori i këtij libri e përkufizon dhembjen në dy aspekte, atë psikologjik dhe mjekësor, duke e cilësuar si një ndjesi të pakëndshme e cila vjen si rezultat i një aktiviteti perceptiv të ulët, ose si një tregues i një reagimi kundër çdo faktori që ndikon në dëmtimin e organizmit (Behan, 1914).

Në vitin 1979, Këshilli i IASP rekomandoi ndryshime në përkufizimin e dhembjes, duke e përcaktuar atë si “Një përvojë e pakëndshme shqisore dhe emocionale e lidhur me dëmtimin aktual ose të mundshëm të indeve, ose e përshkruar në termat e një dëmtimi të tillë ” (Raja et al., 2020). Më 1995, APS e cilësoi dhembjen si “shenja e pestë vitale”, duke përdorur këtë koncept në një fushatë për të reduktuar trajtimin joadekuat të dhembjes (Max et al., 1995). Gjatë viteve, përkufizimi i dhembjes ka pësuar disa ndryshime, por ka mbetur në fuqi ai i vitit 1979. Task Forca e IASP u

mblodh në vitin 2018, ku rishikuan edhe një herë këtë koncept dhe në vitin 2020 prezantuan një version të rishikuar të përkufizimit të dhembjes. Përkufizimi aktual i dhembjes është: “Një përvojë e pakëndshme, shqisore dhe emocionale e lidhur ose që i ngjan asaj që lidhet me dëmtimin aktual ose të mundshëm të indeve”. Ky përkufizim u publikua në korrik të vitit 2020 dhe u shoqërua me gjashtë shënime kryesore për të ofruar një kontekst më të vlefshëm (International Association for the Study of Pain, 2020; Raja et al., 2020). Në shënimet e publikuara së bashku me përkufizimin e dhembjes, theksohet se: “Dhembja është gjithmonë një përvojë personale që ndikohet në shkallë të ndryshme nga faktorë biologjikë, psikologjikë dhe socialë. Dhembja dhe nociceptimi janë fenomene të ndryshme dhe nuk mund të konkludohet vetëm nga aktiviteti në neuronet shqisore. Përmes përvojave të tyre jetësore, individët mësojnë konceptin e dhembjes. Raporti i një personi për një përvojë si dhembje duhet të respektohet. Megjithëse dhembja zakonisht luan një rol adaptues, ajo mund të ketë efekte negative në funksion me mirëqenien sociale dhe psikologjike. Përshkrimi verbal është vetëm një nga disa sjellje për të shprehur dhembjen; paaftësia për të komunikuar nuk e mohon mundësinë që një njeri ose një qenie jo njerëzore të përjetojë dhembje” (Raja et al., 2020).

Përkufizimi i dhembjes nga IASP është pranuar gjërësisht nga profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe studiuesit e fushës së dhembjes, dhe është miratuar nga disa organizata të ndryshme profesionale, qeveritare dhe joqeveritare, duke përfshirë Organizatën Botërore të Shëndetësisë (OBSH).

2.3. Fiziologjia e dhembjes

Dhembja është një ndjenjë subjektive që ndikon në shëndetin dhe mirëqenien e individëve. Cilësohet si një fenomen kompleks i cili krijohet nga një ndërveprim midis sistemit nervor periferik, sistemit nervor qendror dhe proceseve të ndryshme fiziologjike që rregullojnë perceptimin dhe përvojën tonë të dhembjes.

Fiziologjia e dhembjes është një fushë që studion proceset biologjike dhe fiziologjike që lidhen me detektimin, transmetimin dhe përpunimin e sinjalit të dhembjes në trup. Përfshin veprimtarinë e nociceptorëve, transmetimin e sinjalit të dhembjes përmes nervave deri në palcën kurrizore dhe tru, dhe mënyrën se si ky sinjal përpunohet dhe

interpretohet në tru (Figura 1). Gjithashtu, përfshin mekanizmat e modulimit të dhembjes ku truri mund të ndikojë në intensitetin e dhembjes përmes mekanizmave kimikë dhe nervorë (Raja & Dougherty, 2005; Schaible & Richter, 2004). Për të siguruar një diagnozë të saktë dhe për të ofruar trajtimin e duhur, është e nevojshme të kuptohet, të njihet dhe vlerësohet ky proces kompleks (Meyr & Steinberg, 2008).

Në përpunimin e informacionit të dhembjes, marrin pjesë katër faza kryesore: transduksioni, trasmetimi, modulimi dhe perceptimi (Raja & Dougherty, 2005).

Faza e parë e përpunimit të informacionit të dhembjes, transduksioni, konsiston në aktivizimin e nociceptorëve (receptorët e dhembjes) nëpërmjet stimujve të dhembshëm të ndodhur në trup. Nociceptorët aktivizohen nga stimuj mekanikë, termikë apo dhe kimikë. Ato janë të shpërndarë në të gjithë trupin; në lëkurë, muskuj, kocka dhe organe të brendshme dhe kanë për funksion të konvertojnë këta stimujt në sinjale elektrike. Nociceptorët, ose ndryshe njësitë shqisore, janë përgjegjëse për trasmetimin e ndjesisë së dhembjes nga periferia në sistemin nervor qendror (SNQ) (Yam et al., 2018)

Impulset elektrike e përfituar gjatë fazës së transduksionit, trasmetohen nëpërmjet nervave të ndodhura në sistemin nervor periferik (SNP) të quajtura fibra nervore dhe drejtohen për në bririn dorsal të palcës kurrizore dhe më pas në tru. SNP përfshin nerva dhe ganglione që ndodhen jashtë trurit dhe palcës kurrizore, për të mundësuar lidhjen e SNQ me organet dhe gjymtyrët në trupin tonë. Sinjali i dhembjes kalon përmes dy llojeve të ndryshme fibrash nervore që janë të specializuara për trasmetimin e saj; fibrën A-delta (A δ) të mielinizuar dhe fibrën C të pamielinizuar (Turk & Okifuji, 2002). Të dy nociceptorët qëndrojnë në heshtje në mungesë të dhembjes dhe aktivizohen kur ekziston një potencial i stimulit të dhembshëm. Ky proces përfshin përdorimin e substancave kimike të tilla si glutamati dhe substancë P, që ndihmojnë në dërgimin e sinjalit të dhembjes. Këto fibra nervore kalojnë përgjatë rrugëve nocicptive dhe arrijnë në SNQ përkatësisht në korteksin somatosensorial, ku do të interpretohet dhe kuptohen detajet e dhembjes. Ato lidhin sinjalet në një zonë të quajtur locus ceruleus dhe raphe nuclei, që janë përgjegjëse për rregullimin e dhembjes (Steeds, 2016).

SNQ pasi kap sinjalet e dhembjes mundohet të modulojë ose të modifikojë intensitetin e dhembjes përmes mekanizmave të ndryshëm. Ky proces ndihmon për të kontrolluar

përvojën e dhembjes dhe kjo mund të realizohet nëpërmjet një sërë mekanizmash që bashkëveprojnë midis tyre. Mund të ndodhin fenomene të modifikimit në rrugën descendente, të cilat mund të frenojnë dhembjen ose të shkaktojnë sensibilizim qendror, duke përkeqësuar përjetimin e dhembjes. Truri dhe SNQ mund të ndërhyjnë dhe të modifikojnë impulset elektrike që janë duke udhëtuar në drejtim të palcës kurrizore, nëpërmjet lëshimit të endorfinave ose neurotransmetuesve të tjerë që mund të zvogëlojnë ose përforcojnë sinjalet e dhembjes. Kjo mund të ndodhë përmes sistemit të dhembjes "porta" që kontrollojnë se cilat sinjale kalojnë në tru. Kur truri percepton një kërcënim të lartë, ai mund të aktivizojë mekanizma lehtësuese që zvogëlojnë intensitetin e dhembjes. Substanca P dhe endorfinat janë dy neurotransmetues kryesorë që ndikojnë në modulimin e dhembjes. Substanca P është përfshirë në transmetimin e dhembjes, ndërsa endorfinat janë hormone natyrore që ndihmojnë në lehtësimin e dhembjes. Traumat psikologjike dhe stresi emocional gjithashtu mund të ndikojnë në këtë proces, duke rritur ose zvogëluar ndjeshmërinë ndaj dhembjes. Dy janë rrugët kryesore që ndjekin impulset e përçuara nga nociceptorët (Raja & Dougherty, 2005; Yam et al., 2018):

➤ Rruga ascendente, ngjitëse:

Sinjalet e dhembshme që mbartin informacionin ndijor nga trupi shkojnë në drejtim të palcës kurrizore dhe më pas në tru.

➤ Rrugët descendente, zbritëse:

Truri dhe SNQ mund të dërgojnë sinjale në palcën kurrizore për të ndikuar në përballimin e dhembjes. Çlirimi i endorfinës dhe serotoninës mund të modifikojë ndjeshmërinë ndaj dhembjes, duke bërë të mundur bllokimin ose zvogëlimin e intensitetit të saj.

Në këtë etapë qelizat nervore bëhen më të ndjeshme ndaj këtyre sinjaleve. Ky proces shpesh ndodh në kushte të dhembjes kronike si rezultat i përvojës së një lëndimi të përsëritur.

Faza e fundit e përjetimit të dhembjes, është perceptimi. Gjatë kësaj faze, truri kap sinjalet e dhembshme, i përpunon dhe i interpreton në mënyrë që të zbulojë dhembjen dhe të prodhojë një përgjigje ndaj këtij veprimi. Këtu, ndodhin procese që mund të ndikojnë në perceptimin e intensitetit të dhembjes. Informacioni i marrë prej stimulimit fizik, përpunohet në kortekstin somatosensorial duke identifikuar

vendndodhjen dhe vlerësimin e intensitetit të dhembjes. Korteksti limbik ndikon në përvojën e dhembjes, duke lidhur emocionet me kujtesën, dhe duke e bërë këtë ndjesi më të fuqishme te individët emocionalisht të ndjeshëm. Në përballimin e dhembjes dhe në vendimmarrjen për menaxhimin e reagimeve ndaj saj ndihmon korteksti prefrontal (Raja & Dougherty, 2005; Steeds, 2016).

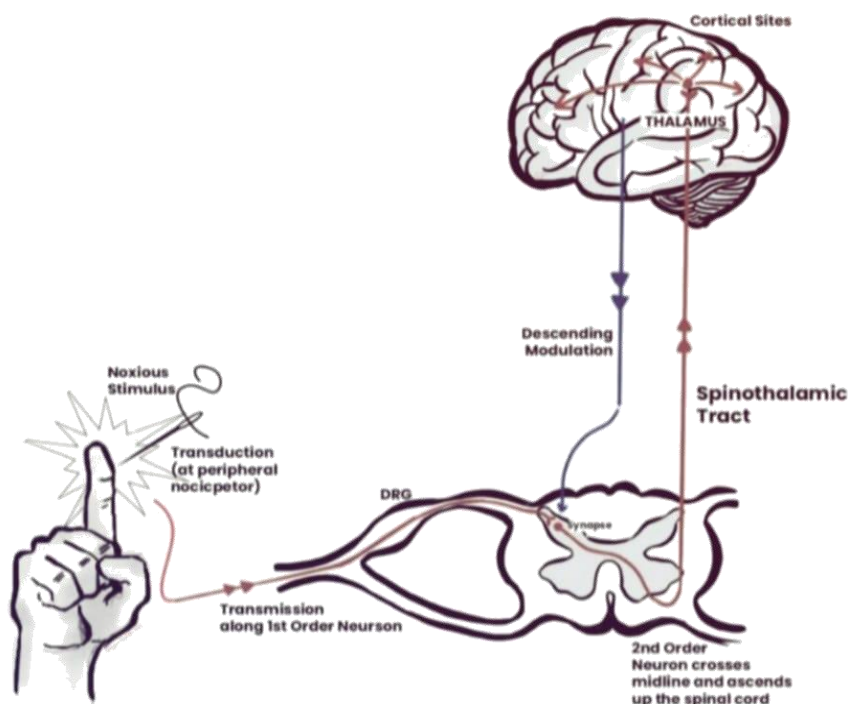


Figura 1: Perceptimi i dhembjes (Knadmin, 2020)

Si përfundim, fiziologjia e dhembjes përfshin një seri procesesh të ndërlikuara që fillojnë me ndjeshmërinë ndaj stimujve të dhembshëm dhe përfundojnë me perceptimin e dhembjes në tru dhe kthimin e përgjigjes ndaj tyre. Këto procese, të cilat përfshijnë transmetimin, modulimin dhe përpunimin e sinjalit të dhembjes, janë themelore për të kuptuar dhe për të menaxhuar. Njohja e thellë e mekanizmave të saj biologjikë është thelbësore për zhvillimin e trajtimeve më efektive dhe për të përmirësuar cilësinë e jetës së individëve që përballen me dhembje të vazhdueshme.

2.4. Faktorët që ndikojnë në perceptimin e dhembjes

Perceptimi i dhembjes ka një aspekt kompleks dhe subjektiv dhe përfshin një ndërveprim të faktorëve biologjikë, fiziologjikë, psikologjikë dhe socialë. Këta faktorë mund të modulojnë prapën e tolerancës ndaj dhembjes, duke përcaktuar prapën e dhembjes tek individët. Kjo gjë do ta bënte eksperiencën e dhembjes shumë personale dhe të ndryshueshme nga çdo individ.

2.4.1. Faktorët Biologjikë

Faktorët biologjikë influencojnë në mënyrën se si një individ reagon ndaj dhembjes duke nxitur prodhimin e receptorëve të dhembjes. Këta faktorë kanë një ndikim të madh në procesin e modulimit të sinjaleve të dhembjes dhe përcaktimin e prapës të dhembjes te secili person.

- Gjenetika: Toleranca ndaj dhembjes dhe intesiteti i saj janë të lidhura me variacione të ndryshme gjenetike të cilat kontribuojnë në këto ndryshimet (Fillingim, 2016). Hulumtimet sugjerojnë se gjenet mund të ndikojnë në reagimin ndaj dhembjes duke nxitur funksionin e receptorëve, neurotransmetuesve dhe komponentëve të tjerë të rrugës së dhembjes.
- Gjinia: Varicionet hormonale dhe dallimet e roleve gjinore mund të ndikojnë në perceptimin e dhembjes. Studimet e ndryshme mbi ndikimin e gjinisë në perceptimin e këtij fenomeni kanë treguar se dhembja menaxhohet në mënyra të ndryshme midis grave dhe burrave (Mogil, 2012). Femrat shpesh kanë prapën e tolerancës ndaj dhembjes më të ulët, gjë që mendohet që lidhet me ndryshimet hormonale dhe ndikimin që mund të kenë. Një nga hormonet që mund të ndikojë në ndjeshmërinë ndaj dhembjes është estrogeni, për këtë arsye mendohet se femrat ndjejnë më shumë dhembjeje, kryesisht gjatë situatave kur ky hormon është më aktiv (Martínez-Magaña & Murbartián, 2024). Modifikime në intesitetin e dhembjes paraqet edhe niveli i testosteronit tek meshkujt (Boullon et al., 2024). Nivelet më të larta të testosteronit tek meshkujt janë shoqëruar me rritjen e tolerancës ndaj dhembjes (Athnail et al., 2023).

- Mosha: Mënyra sesi perceptohet dhembja mund të ndryshojë ndjeshëm me avancimin e moshës. Kjo mund të ndikohet nga ndryshimet fiziologjike të lidhura me moshën. Këto ndryshime mund të përfshijnë uljen e ndjeshmërisë së receptorëve të dhembjes duke zvogëluar funksionin e nociceptorëve, ndryshimin e trasmetimit të dhembjes në SNQ duke alteruar përgjigjen ndaj stimujve të dhembshëm dhe rritjen e mundësisë së shfaqjes së dhembjes kronike (Ounajim et al., 2025).

2.4.2. Faktorët fiziologjikë

Faktorët fiziologjikë të dhembjes ndikojnë në mënyrën se si ndjejmë dhe përjetojmë dhembjen. Në këtë grup përfshihen mekanizmat dhe procese të trupit që marrin pjesë në transmetimin, përpunimin dhe perceptimin e sinjaleve të dhembjes.

- Mediatorët e inflamacionit: Inflamacioni ka një rol kryesor në eksperiencën e dhembjes. Ndërmjetësuesit inflamator, pas dëmtimit të indit, aktivizojnë nociceptorët periferikë duke trasmetuar stimujt e dhembshëm. Pas aktivizimit, nociceptorëve periferikë, bëhen më të ndjeshëm ndaj stimujve të mëvonshëm duke ndikuar kështu në uljen e tolerancës së dhembjes. Kjo gjë mund të ndikojë në rritjen e ndjeshmërisë ndaj dhembjes, duke çuar në sensibilizimin qendror. Edhe në rastet kur stimujt janë më pak intensë ajo mund të perceptohet si dhembje e fortë, ose ta ndjejnë atë edhe kur mungon stimulimi (Luchting et al., 2015).
- Neurotrasmetuesit: Neurotransmetuesit shërbejnë për të trasmetuar sinjalet e dhembjes dhe modulimin e tyre brenda sistemit nervor duke ndikuar në perceptimin e saj (Yam et al., 2018).

Neurotrasmetuesit që kontribuojnë në sensibilizimin e dhembjes janë:

1. Glutamati, trasmeton impulset e dhembjes nga periferia në palcën kurrizore dhe në tru.

2. Substanca P, një neuropeptid i cili merr pjesë në trasmetimin e sinjaleve të dhembjes, kryesisht atyre nga inflamacioni dhe nga dëmtimi i indeve, duke rritur perceptimin e saj.
 3. Calcitonin gene-related peptide (CRGP), një neuropeptid i cili përdoret nga neuronet për komunikim. Lehtëson trasmetimin nociceptiv dhe kontribuon në zhvillimin dhe mirëmbajtjen e një gjendje të sensibilizuar në sistemin nervor. CRGP i bën nervat periferikë më të ndjeshëm ndaj stimujve të dhembshëm, duke përforcuar sinjalet e dhembjes, kryesisht në kushtet inflamatore dhe në migrenë (Schou et al., 2017).
- Nociceptorët: Janë recptorë ndijorë të cilët shërbejnë për zbuluar stimuj të dhembshëm dhe prej tyre nisin sinjalin e dhembjes. Receptorët të cilët zbehin këto sinjale dhe kontribuojnë në lehtësimin e saj janë: endorfina (prodhon efekte analgjezike), enkefalina (efekte analgjezike), dinorfinat (efekte analgjezike dhe hiperalgjezike), GABA (nurotrasmetues frenues në tru), serotoninina (ndikon në rregullimin e humorit në gjendjet depresive dhe modulimin e dhembjes) dhe norepinefrina (modulon dhembjen duke ndikuar në përgjigjen e stresit) (McDowell, 2019; Tremblay et al., 2016).

2.4.3. Faktorët Psikologjikë

Faktorët psikologjikë ndikojnë në intesitetin dhe në kohëzgjatjen e dhembjes duke luajtur rol në perceptimin e saj. Këta faktorë mund të ndërveprojnë me proceset fiziologjike për të modifikuar sinjalet e dhembjes dhe për të përcaktuar pragun e tolerancës tek individët.

- Gjendja emocionale: Ndryshimet e humorit si prania e ankthit, stresit apo depresionit mund të përforcojnë perceptimin e dhembjes dhe të bëjnë më të vështirë menaxhimin e saj (Li, 2014). Situatat stresante dhe prania e ankthit për një kohë të vazhdueshme mund të rrisë ndjeshmërinë ndaj dhembjes nëpërmjet aktivizimit të aksit hipotalamo-pituatar-adrenal, i cili nxit kortizolin, hormon që rrit perceptimin ndaj dhembjes. Nga hulumtimet është vërejtur që pacientët me dhembje kronike përjetojnë depresion. Mekanizmat e tyre

neurobiologjikë rrisin prodhimin e serotoninës dhe dopaminës në trup të cilat mundohen të rregullojnë humorin tek pacientët dhe të kontrollojnë ndjeshmërinë ndaj dhembjes (De Kloet, 2013; McDowell, 2019).

- **Personaliteti:** Personaliteti ndikon në mënyrën se si individët përjetojnë, menaxhojnë dhe reagojnë ndaj dhembjes. Kjo aftësi lidhet me llojin e personalitetit që individët kanë, një individ me personalitet të qëndrueshëm emocionalisht dhe me vetëbesim të lartë mund të menaxhojë situatat stresante dhe për rrjedhojë mund të tolerojë më mirë dhembjen (Linton & Shaw, 2011).
- **Përvojat e mëparshme të dhembjes:** Për çdo individ, përvojat e mëparshme të raportuara ndikojnë në intensitetin aktual të dhembjes. Nëse një individ ka përjetuar një dhembje të fortë, ai mund të shfaqë në të ardhmen një reagim të shtuar ndaj saj, fenomen ky i njohur si frikë - dhembjeje (Paquet et al., 2017). Situatat traumatike ose kronike të dhembjes mund të çojnë në rritjen e ndjeshmërisë dhe përgjigjeve të dhembjes.
- **Faktorët njohës:** Këta faktorë janë të lidhur me proceset kognitive dhe emocionale që ndodhin gjatë përjetimit të dhembjes dhe mund të ndikojnë në intensitetin dhe veprimin që ka mbi individin. Vëmendja, besimet ndaj dhembjes, shpërqendrimi dhe pritshmëritë rreth menaxhimit mund të modulojnë perceptimin dhe rezultatet e dhembjes. Duke ndikuar në perceptimin, vlerësimin dhe besimet e individëve, efekti placebo mund të ndihmojë në uljen e intensitetit të dhembjes dhe përmirësimin e saj, edhe në mungesë të trajtimeve reale (Colloca, 2019). Ky fenomen tregon se mendja ka një rol të madh në përvojën e dhembjes dhe se besimet dhe emocionet mund të ndikojnë në mënyrën se si ne e përjetojmë dhe reagojmë ndaj dhembjes (Ivanec et al., 2006).

2.4.4. Faktorët Social

Faktorët socialë luajnë rol në shprehjen ndaj dhembjes. Këta faktorë mund të ndikojnë në mënyrën se si individët e perceptojnë, përballojnë dhe shprehin dhembjen e tyre.

Adresimi i këtyre faktorëve mund të përmirësojë eksperiencën ndaj dhembjes dhe cilësinë e jetës së këtyre individëve (Tracy, 2017).

- Faktorët kulturor: Pritshmëritë dhe besimet e ndryshme kulturore për dhembjen mund të ndikojnë në mënyrën se si individët e përjetojnë atë.
- Mbështetja sociale: Mbështetja sociale lidhet me ndihmën dhe përkrahjen që individët marrin nga familja, miqtë, dhe shoqëria për të përballuar sfida të ndryshme. Personat të cilët kanë mbështetje të madhe nga individët që e rrethojnë mund të përjetojnë nivele më të ulëta të dhembjes, ndërsa izolimi social mund ta përkeqësojë atë (Sturgeon & Zautra, 2016).
- Statusi socio-ekonomik: Individët me status të ulët socio-ekonomik shpesh kanë një qasje minimale me menaxhimin efektiv të dhembjes. Kjo gjë mund ti çojë ato në rritjen e rrezikut të dhembjes kronike (Tracy, 2017).

Ndërveprimi i këtyre faktorëve dhe njohja e funksionimit të tyre është thelbësor për menaxhimin efektiv të dhembjes. Një qasje gjithëpërfshirëse që merr në studim ndikimet e faktorëve biologjikë, psikologjikë dhe social është shpesh e nevojshme për të lehtësuar dhembjen dhe për të përmirësuar cilësinë e jetës për individët që e përjetojnë atë.

2.5. Llojet dhe klasifikimi i dhembjes

Dhembja është universale, që prek një pjesë të madhe të individëve, duke ndikuar në sëmundshmërinë, paaftësinë dhe vdekshmërinë. Klasifikimi dhe identifikimi i llojit të dhembjes janë mjete të rëndësishëm për një menaxhim sa më të saktë dhe efektiv. Kjo gjë do t'i vijë në ndihmë stafit multidisciplinar që merret me pacientë që përjetojnë dhembjeje të përcaktojnë shkakun, të vlerësojnë intesitetin, të ofrojnë trajtime të personalizuar të cilat mund të kontribuojnë në përmirësimin e kujdesit ndaj tyre. Klasifikimi i dhembjes mund të bëhet në disa mënyra duke u bazuar në karakteristikat e saj. Në përgjithësi, dhembja klasifikohet sipas kohëzgjatjes, vendndodhjes, mekanizmave të veprimit, shkakut, frekuencës dhe intesitetit.

2.5.1. Klasifikimi sipas kohëzgjatjes

Klasifikimi i dhembjes i cili bazohet në kohëzgjatjen e saj, e ndan dhembjen në tre kategori: akute, kronike dhe subakute.

➤ Dhembja Akute

Dhembja akute shfaqet në mënyrë të papritur, intesive dhe për një periudhë të shkurtër kohore. Shkaktohet nga mekanizma të ndryshme unifaktoriale si: dëmtime të menjëhershme të indeve, sëmundje, post-operatore, trauma ose inflamacioni dhe në përgjithësi zgjat më pak se tridhjetë ditë. Përcaktohet si një përgjigje fiziologjike që i vjen në ndihmë organizmit të mbrohet nga një dëmtim të mundshëm të indeve ose shfaqjes së sëmundjes (Baliki & Apkarian, 2015; Kent et al, 2017; International Association for the Study of Pain, 2023a; Thienhaus & Cole, 2002). Në këtë proces përfshihet aktivizimi i nociceptorëve, ndërmjetësve kimikë dhe inflamacioni. Trajtimi i duhur është thelbësor për të parandaluar përkeqësimin e gjendjes së pacientëve duke synuar eliminimin ose zvogëlimin e ndjesisë së dhembjes. Kur dhembja akute menaxhohet siç duhet, rezultatet klinike dhe cilësia e jetës së pacientëve përmirësohen (Carr & Goudas, 1999; Johnson et al., 2013)

➤ Dhembja kronike

Dhembja kronike shfaqet për një periudhë të gjatë kohore (më shumë se 3 - 6 muaj) dhe nuk ka një shkak të dukshëm (Bruce et al., 2023; Fillingim et al., 2014). Kjo lloj dhembjeje mund të shfaqet nga ndikimi i mekanizmave multifaktorialë dhe dinamikë (Baliki & Apkarian, 2015; Goldberg & McGee, 2011). Mund të ndikojë ndjeshëm në mirëqënien fizike dhe mendore të një individi. Cilësia e jetës së pacientëve që përjetojnë dhembje kronike ulet ndjeshëm, duke shfaqur shpesh edhe depresion, lodhje të shtuar, ulje të aktivitetit ose imobilizim, edhe paaftësi. Dhembja kronike shoqërohet me praninë e disa sëmundjeve kronike si artriti, kanceri, diabeti mellitus, ulçera gastrike, sëmundjet kardiovaskulare dhe traumat e shtyllës kurrizore dhe të kokës. Trajtimi zgjat përtej pritshmërive të kohës së shërimit, dhe duhet të bazohet jo vetëm në strategjitë e përballimit të dhembjes, por edhe në identifikimin e etapave nëpër të cilat kalojnë këta persona që përjetojnë këtë lloj dhembjeje (Bruce et al.,

2023). Në mbarë botën preken miliona njerëz nga dhembja kronike. Kjo gjë rezulton në një shqetësim global të rëndësishëm për shkak të rritjes së sëmundshmërisë, rritjes së vdekshmërisë dhe kostove të larta të kujdesit shëndetësor (Ho & Nair, 2018).

➤ Dhembja subakute

Dhembja subakute është një dhembje e cila shfaqet ndërmjet akutes dhe kronikes. Paraqet intesitet më të ulët se sa dhembja akute dhe kohëzgjatja e saj shkon nga tre deri në dymbëdhjetë javë. Kryesisht kjo dhembje ndodh kur dhembja akute nuk është trajtuar dhe menaxhuar plotësisht dhe përfaqëson një fazë kalimtare (Banerjee & Argáez, 2019). Menaxhimi i dhembjes subakute mund të paraqesi vështirësi, pasi mund të mos kuptohet plotësisht dhe trajtimet e përzgjedhura mund të mos ndikojnë në përmirësimin e saj (King, 2013).

2.5.2. Klasifikimi sipas vendndodhjes

Dhembja mund të klasifikohet edhe në bazë të vendit se ku perceptohet: e lokalizuar, dizufe ose e rrezatuar dhe e referuar. Ky lloj klasifikimi bazohet në anatomicën e organeve ose në sistemet e trupit të cilat përfshihen në këtë proces. Identifikimi i rajonit në të cilin ndjehet dhembja ndihmon në një menaxhim më të saktë të saj (Orr et al., 2013; Thienhaus & Cole, 2002).

➤ Dhembje e lokalizuar

Dhembja e lokalizuar ndodh në një zonë të caktuar të trupit dhe ka një burim të identifikueshëm të shkakut kryesor. Kjo gjë do të mundësojë një diagnostikim më të lehtë dhe trajtim më të mirë. Mund të shkaktohet nga dëmtimi i indeve, muskujve, sëmundjeve inflamatore dhe frakturave ose traumave në një zonë të caktuar të trupit (Orr et al., 2013; Thienhaus & Cole, 2002).

➤ Dhembje difuze ose e rrezatuar

Është një dhembje e cila shpërndahet në shumë zona të trupit të njeriut dhe nuk ka një lokalizim të saktë. Mungesa e një burimi të qartë të dhembjes mund të vështirësojë

procesin e diagnostikimit të duhur. Shkaktarët e kësaj dhembjeje janë të ndryshëm; sëmundjet e sistemit skeletor, muskular dhe kushtet inflamatore (artrit reumatoid, fibromialgjia, etj), patologji kronike (sëmundjet e zemrës, diabeti, etj), dhe ndikimi i stresit të vazhdueshëm (Orr et al., 2013; Thienhaus & Cole, 2002).

➤ Dhembje e referuar

Dhembja e referuar ndjehet në një pjesë të trupit larg nga burimi aktual i dhembjes ose nga shkaku kryesor i saj. Kjo ndodh sepse nervat që transmetojnë sinjalet e dhembjes nga një pjesë e caktuar e trupit mund të dërgojnë sinjale të ngjashme në një zonë tjetër, duke e shkaktuar ndjesinë e perceptimit të dhembjes në një zonë larg burimit aktual. Shpesh shfaqet si rezultat i problematikave të organeve të brendshme, ose dëmtimeve të muskujve apo ligamenteve, të cilat bëjnë të mundur shtrirjen e dhembjes në zona të ndryshme nga shkaktari kryesor. Në këtë rast mund të ndodhin gabime në përcaktimin e shkaktarit kryesor, gjë që mund të ndikojë në menaxhimin e duhur (Orr et al., 2013; Thienhaus & Cole, 2002).

2.5.3. Klasifikimi sipas mekanizmave

Klasifikimi i dhembjes sipas mekanizmave të shfaqjes, na vjen në ndihmë në identifikimin e shkaktarit të dhembjes dhe mënyrës sesi ajo vepron në organizmin tonë. Njohja e këtij klasifikimi ka rëndësi thelbësore pasi na ndihmon të kuptojmë më mirë dhembjen dhe të ndërhyjmë nëpërmjet procedurave adekuate për ta trajtuar. Bazuar në mekanizmat që aktivizojnë dhe transmetojnë sinjalet e dhembjes ndahen në:

➤ Dhembja Nociceptive

Kjo dhembje shfaqet kur kemi dëmtim të indeve të trupit të shkaktuara nga traumat, dëmtimet dhe proceset inflamatore. Pas dëmtimit të ndodhur stimulohen receptorët e dhembjes (nociceptorët) periferikë ose visceralë, si një reagim të natyrshëm mbrojtës ndaj dëmtimit të trupit. Kjo loj dhembje mund të jetë akute ose kronike, dhe në përgjithësi është e lokalizuar dhe i përgjigjet trajtimit (Baliki & Apkarian, 2015; Gold & Gebhart, 2010; Luchting et al., 2015).

Dhembja nociceptive në vetvete ka dy përbërës:

1. Dhembja somatike: Kjo dhembje shfaqet nga dëmtimet e indeve të sistemit muskuloskeletor ose lëkurës, dhe në të shumtën e rasteve është sipërfaqësore dhe e lokalizuar (Cervero, 2009).
2. Dhembja viscerele: Shfaqet nga dëmtimi i organeve të brëndshme të organizmit, është më e thellë se dhembja somatike dhe difuze (Cervero, 2009).

➤ Dhembja Neuropatike

Dhembje e cila shfaqet si rezultat i dëmtimit të sistemit nervor periferik ose qëndror. Sistemi nervor somatosensor shfaq çrregullime të funksionit, dhe shoqërohet me shfaqjen e neuropatisë diabetike, dëmtimeve të nervit shiatik, shfaqjes së herpes zoster (Treede et al., 2008). Receptorët nervorë që përcjellin sinjalet e dhembjes dhe fibrat periferike (fibrat A β , A δ dhe C) janë të dëmtuara ose funksionojnë në mënyrë të gabuar, duke perceptuar ndjesinë e dhembjes edhe pa praninë e një dëmtimi të dukshëm të indeve. Mund të jetë akute ose kronike, por me kohëzgjatje të vazhdueshme e cila shpesh është e vështirë të trajtohet (Colloca et al., 2017; Luchting et al., 2015). Cilësia e jetës e pacientëve me dhembje neuropatike paraqitet e ulët për shkak të rritjes intesitetit të dhembjes, kompleksitetit të simptomave dhe vështirësisë së menaxhimit të saj.

➤ Dhembja Psikosomatike

Dhembja psikogjene ose psikosomatike lidhet me faktorët psikologjikë dhe emocionalë si ankthi, stresi ose depresioni dhe nuk paraqet një shkaktar të dukshëm të dëmtimit fizik. Mund të shfaqet si pasojë e reagimit të organizmit ndaj situatave të vazhdueshme stresante dhe mund të perceptohet në çdo pjesë të trupit. Mekanizmat neurologjikë duke qenë nën ndikimin e emocioneve të forta shkaktojnë ndryshime të nivelit të hormoneve në organizëm dhe tensione muskulare, duke nxitur reagimet e trupit dhe dhembjes psikomatike (Wong & Fong, 2014).

2.5.4. Klasifikimi sipas intesitetit

Dhembja ndikon në mënyra të ndryshme në individët që e përjetojnë, kjo pasi ndryshon intesitetin e shfaqjes së tyre sipas pragut të tolerancës së organizmit. Ky lloj klasifikimi do të na vijë në ndihmë për të vlerësuar dhembjen e pacientëve dhe për të hartuar plane trajtimi të përshtatura sipas nevojave të gjithësecilit (Thienhaus & Cole, 2002; Tripathi & Kumar, 2014)

Klasifikimi i dhembjes i cili bazohet në intesitetin e dhembjes e kategorizon atë në tre kategori:

➤ Dhembje e lehtë

Përshkruhet shpesh si një ndjesi bezdie ose dhembjeje me intesitet të ulët dhe e përkohëshme, e cila tolerohet nga organizmi pa ndikuar në aktivitetet e përditshme. Menaxhimi mund të realizohet nëpërmjet medikamenteve të ndryshëm analgjezikë ose edhe trajtimeve jofarmakologjike pa pasur nevojë për trajtim të avancuar (Tripathi & Kumar, 2014; Tsze et al., 2016).

➤ Dhembje e moderuar

Dhembja e moderuar është një ndjesi shqetësuese e cila ndikon në aktivitetet e përditshme ose mund të shkaktojë stres tek pacientët, por nuk ka intesitet aq të fortë sa të kërkojë ndërhyrje të menjëhershme. Kjo lloj dhembjeje mund të jetë e vazhduar në kohë ose episodike dhe me shkallë të ndryshme intesiteti. Menaxhimi i saj mund të realizohet me analgjezikë të ndryshëm, me përdorimin e anti-inflamatorëve josteroidë (AIJS) dhe me terapitë e ndryshme (Tripathi & Kumar, 2014; Tsze et al., 2016).

➤ Dhembje e fortë dhe e vazhdueshme

Dhembja e fortë dhe e vazhdueshme ka intesitet të lartë dhe shpesh të padurueshëm, dhe kohëzgjatje në periudha të gjata kohore. Është e lidhur me kushtet mjekësore kronike duke ndikuar në cilësinë e jetës së individëve me ndërprerje të aktiviteteve të jetës së përditshme, të tilla si: dhembjet nga kanceri, sëmundjet degjeneruese të kockave, dhembjet neuropatike, fibriomalgjinë, etj. Menaxhimi i saj kërkon plane të

personalizuara trajtimi duke përfshirë përdorimin e opioideve të fortë, metodave fizike dhe psikologjike (Tripathi & Kumar, 2014; Tsze et al., 2016).

2.5.5. Lloje të tjera të dhembjes

Dhembja mund të klasifikohet edhe në mënyra të tjera duke përfshirë:

➤ Dhembje Përparuese

Është prezente tek pacientët dhe ka tendencë të përkeqësojë simptomat duke rritur intesitetin e saj. Shfaqet në prezencë të sëmundjeve të cilat shkaktojnë dëmtime të vazhdueshme të indeve dhe strukturave të trupit, si tilla si kanceri, sëmundjet degjenerative etj. Menaxhimi i dhembjes përparuese kërkon një qasje multidisiplinare të integruar për të përmirësuar cilësinë e jetës tek pacientët të cilët e përjetojnë (Will et al., 2013).

➤ Dhembje Qëndrore

Shkaktohet nga dëmtimi i SNQ, trurit dhe shtyllës kurrizore. Shfaqet kur kemi një dëmtim ose lezion të trurit apo shtyllës kurrizore, i cili shkakton një perceptim të gabuar të dhembjes. I ndodhur në këtë gjendje trupi interpreton sinjalet që merr si sinjale të dhembjes. Në disa raste, pas një dëmtimi mund të ndodh sensibilizimi qendror duke ndikuar në perceptimin e dhembjes si më të fortë dhe më të përhapur, në ndryshim nga dhembja reale (Luchting et al., 2015). Ndër shkaktarët kryesorë përmendim fibriomialgjinë, sklerozën multiple, trauma të trurit ose shtyllës kurrizore dhe përshkruhet si ndjesi djegieje, çarje ose shpuese (Fernández-De-Las-Peñas et al., 2014; Lipkovich et al., 2014).

➤ Dhembje Fantomë

E cilësuar ndryshe si dhembja fantazmë, konsiderohet si një problem neurologjik i cili ndodh kur pacientët referojnë ndjesi dhembjeje në një pjesë të trupit e cila është amputuar. Është e vështirë për t'u trajtuar dhe me intesitet të lartë të perceptimit.

Besohet se ndodh nga ndryshimet e përpunimit të sinjaleve të dhembshëm në tru ose nga dëmtimi i nervave gjatë amputimit (Giroux, 2015; Schley et al., 2008). Informacioni i marrë nga zonat në afërsi të pjesës së prerë, kapet nga nociceptorët dhe nëpërmjet rrugës ascendente shkon të përpunohet në tru. Këto sinjale perceptohen gabimisht nga SNQ dhe krijojnë idenë e ndjesisë së dhembjes si të lokalizuar në pjesën e amputuar. Mirëqënia mendore dhe fizike tek këta pacient është e kompromentuar, prandaj nevojitet një program i specializuar dhe i personalizuar rehabilitues për të menaxhuar këtë dhembje (Padovani et al., 2015).

➤ Fibriomialgjia

Fibriomialgjia është një patologji kronike reumatizmale e cila prek dhe dëmton indet fibroze dhe muskujt duke u shfaqur me dhembje të përhapura në muskuj, ligamente dhe tendina. Dhembja në fibriomialgji është e vazhdueshme dhe mund të përkeqësohet nga ndryshimet emocionale ose pas aktiviteteve të ndryshme. Pacientët mund të paraqesin lodhje të theksuar, probleme me gjumin, çrregullime të tretjes, probleme psikologjike dhe mund të shfaqin edhe çrregullime kranio-mandibulare (Corsalini et al., 2017; Di Venere et al., 2015).

2.6. Vlerësimi i dhembjes

Sipas IASP vlerësimi dhe matja e dhembjes ka të bëjë me interpretimin në mënyrë sasiore të përvojës së saj tek një person. Vlerësimi i dhembjes mund të kategorizohet në dy aspekte kryesore: vetë-raportimi dhe masat vëzhguese. Është një vlerësim vëzhgues shumëdimensional për të matur intensitetin e dhembjes dhe për ta menaxhuar atë te pacientët, duke ndikuar edhe në përcaktimin e trajtimeve më të përshtatshme (International Association for the Study of Pain, 2024; Manworren & Stinson, 2016). Infermierët, duke qenë në kontaktin më të ngushtë dhe më të shpeshtë me pacientët, luajnë një rol të rëndësishëm në shqyrtimin dhe vlerësimin e dhembjes, prandaj është thelbësore njohja e instrumentave matës të dhembjes, procedurave që vijnë në ndihmë dhe mënyra e duhur e raportimit (Lewis et al., 2015).

Subjektiviteti i dhembjes dhe tiparet personale që shfaq te pacientët, së bashku me faktorë të cilët ndikojnë në prodhimin e eksperiencës së dhembjes si; gjenetika, faktorët njohës, psikologjikë, fiziologjikë e sociokulturorë, mund të ndikojnë në mënyrën e shfaqjes së saj në pacientë të ndryshëm. Për shkak se është një përvojë tepër subjektive, përshkrimi i saj më i saktë mund të jepet vetëm nga pacienti që e përjeton atë. Prandaj, është normale që secili pacient ka një mënyrë të ndryshme për ta shprehur dhembjen (Manworren & Stinson, 2016). Kjo gjë do të bëjë më të vështirë procesin e vlerësimit të intensitetit dhe shfaqjes së dhembjes së këtyre pacientëve.

McCaffrey dhe Ferrell e përkufizuan dhembjen si "çfarëdo që personi që përjeton thotë se është, ekziston sa herë që ai/ajo thotë se e ndjen" (McCaffrey & Ferrell, 1997). Prandaj, marrja e informacionit nga pacientët rreth përvojës së tyre të dhembjes është thelbësore për ta kuptuar dhe menaxhuar më mirë, duke ndihmuar kështu stafin mjekësor për një vlerësim më të përshtatshëm. Ky proces mbështetet në një tërësi elementesh, duke filluar me mbledhjen e informacionit që përfitojmë nga pacientët përmes vetë-raportimit. Identifikojmë dhe kuptojmë intensitetin e dhembjes, llojin e saj, natyrën, vendndodhjen, ndikimin e faktorëve si dhe ndikimin që ka në organizmin e pacientit (International Association for the Study of Pain, 2024). Për të lehtësuar këtë proces mund të përdoren instrumenta të cilët përfshijnë pyetje të drejtpërdrejta për të matur shkallët e dhembjes dhe përvojat personale të pacientëve, gjithashtu dhe vlerësimi i aspekteve të tjera si fiziologjike dhe psikologjike. Përzgjedhja e mjeteve të përshtatshme për vlerësimin e dhembjes duhet të bazohet në kontekstin specifik klinik, moshën dhe zhvillimin e pacientit, gjithashtu edhe nga qëllimi i synuar i vlerësimit (Crisman et al., 2024; McKillop & Nielson, 2011).

Stafi infermieror duhet të ketë një qasje sistematike kur vlerëson dhembjen. Për të ardhur në ndihmë infermierëve në këtë proces dhe për të mbajtur mend informacionin lidhur me vlerësimin e dhembjes ekziston një mnemonik. Quhet mnemonik OPQRSTUV dhe çdo shkronjë përfaqëson një frazë ose pyetje të rëndësishme që vjen në ndihmë të stafit për të mbledhur informacionin e saktë në lidhje me dhembjen. O (Onset) paraqet fillimin e dhembjes; P (Palliating factors) për faktorët lehtësues; Q (Quality) i referohet cilësisë së dhembjes; R (Radiation) për rrezatimin dhe përhapjen e saj në rajone të tjera të trupit; S (Severity) nënkupton ashpërsinë; T (Time and treatment) i referohet kohës dhe trajtimit; U (Understanding) ka të bëjë me evidentimin e shkakut kryesor dhe faktorëve përkeqësues; V (Values) përfaqëson

vlerat, ndikimin e saj në jetën e pacientit dhe në aktivitetet e përditshme. Kjo mnemonikë është një mjet i dobishëm për infermierët për të intervistuar një pacient dhe për të siguruar një vlerësim të detajuar dhe sistematik të dhembjes, duke ndihmuar në diagnostikimin e saktë dhe trajtimin e duhur (Larson et al., 2024).

2.6.1. Mjete për të vlerësuar dhembjen

Instrumentat matës të dhembjes të cilët kanë fokusin në matjen e vetëm një cilësie, si atë sasiore, matjen e intesitetit apo ashpërsisë, i klasifikojmë në shkallë dhembjeje njëdimensionale (Clark et al., 2002). Ndërsa, kur vlerësojmë dhembjen më komplekse me përfshirjen e faktorëve të shumtë, përdoren instrumentat të cilët bazohen në aspektet cilësore dhe ndikimin që paraqet në cilësinë e jetës së pacientit (Crisman et al., 2024).

Përdorimi i mjeteve të cilat lehtësojnë procesin e vetë-raportimit, ndihmojnë edhe në përcaktimin sasior të intesitetit të dhembjes (shkallët e dhembjes) dhe ofrojnë një vlerësim më të detajuar të kësaj përvoje (pyetësorët e dhembjes). Duhet theksuar se këto instrumente varen nga gatishmëria dhe aftësia që kanë pacientët për të raportuar dhembjen, për rrjedhojë ato nuk mund të përdoren në dëmtimet kognitive, problemet psikologjike ose tek pacientët të cilët e kanë të vështirë komunikimin (Crisman et al., 2024; McKillop & Nielson, 2011; Tripathi & Kumar, 2014)

2.6.1.1. Shkallët e dhembjes

Shkallët më të zakonshme të dhembjes që ndihmojnë në përcatimin sasior të saj janë: shkalla numerike e vlerësimit (0 - 10), shkalla vizuale analoge ose shkalla e dhembjes së fytyrave e rishikuar (FPS - R) (International Association for the Study of Pain, 2024).

➤ Shkalla numerike e vlerësimit (NRS-Numeric Rating Scales)

NRS është një mjet i përdorur për vlerësimin e intensitetit ose të ashpërsisë së dhembjes që percepton një individ, duke përdorur një shkallë numerike me 11 pikë nga 0 deri në 10. Përdoret tek personat të cilët janë të aftë të vetë-raportojnë, dmth që mund të tregojnë verbalisht, me shkrim ose me mënyra të tjera të shprehuri, nivelin e dhembjes që ato ndjejnë. Kjo është një nga shkallët më të thjeshta e cila përdoret për të kuptuar sa e fortë është dhembja që pacienti po ndjen aktualisht, për shkak të lehtësisë së përdorimit të saj, pa pasur nevojë për përkthim nga gjuha e origjinës, dhe kohës së shkurtër në plotësim (Clark et al., 2002; Hjermstad et al., 2011; International Association for the Study of Pain, 2024; Tripathi & Kumar, 2014). Von Baeyer (2009) përkrah përdorimin e NRS për grupmoshën e fëmijëve mbi 8 vjeç, duke sugjeruar se ka funksion të ngjashëm me shkallën vizuale analoge dhe shkallën e dhembjes së fytyrës të rishikuar, me përjashtim të dhembjeve shumë të lehta.

Kategoritë e shkallës numerike me 11 pikë nga 0 deri në 10:

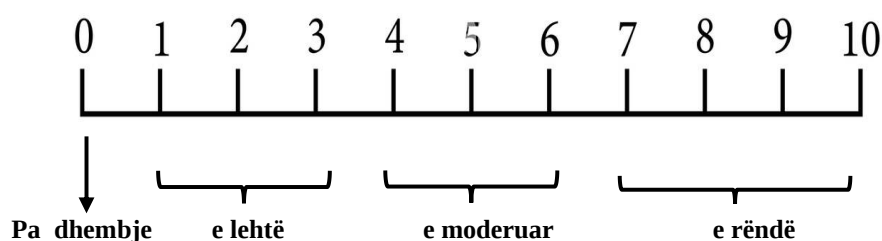


Figura 2: Shkalla Numerike e Vlerësimit

- **0** do të thotë "nuk ka dhembje".
- **1 deri në 3** = dhembje e lehtë.
- **4 deri në 6** = dhembje e moderuar.
- **7 deri në 10** = dhembje e fortë.
- **10** është dhembja më ekstreme, e përshkruar shpesh si dhembja më e padurueshme që mund të përjetojë.

Kjo shcallë njëdimensionale i vjen në ndihmë profesionistëve të kujdesit për të vlerësuar gjendjen e pacientëve, duke përcaktuar nëse janë të nevojshme trajtime shtesë për të menaxhuar dhembjen.

➤ **Shkalla analoge vizuale (VAS-Visual Analog Scale)**

Shkalla analoge vizuale (VAS) është një tjetër shkallë njëdimensionale që përdoret për vlerësimin subjektiv të dhembjes. Ajo përcakton intensitetin e dhembjes në mënyrë vizuale, e cila i vjen në ndihmë pacientëve të shprehin eksperiencën e tyre. Është shumë praktike dhe efektive në përdorim kryesisht për pacientët që kanë vështirësi në shprehjen e ndjesive me fjalë, dhe gjithashtu është e dobishme për të monitoruar ndryshimet në intensitetin e dhembjes në kohë (Clark et al., 2002; Hjermsstad et al., 2011; International Association for the Study of Pain, 2024; Tripathi & Kumar, 2014). Përbëhet nga një vijë horizontale e drejtë, me gjatësi fikse 10 cm, me skaje të përcaktuara. Skaj i majtë emërtohet "nuk ka dhembje" dhe skaji i djathtë "dhembje shumë e fortë". Kjo shkallë mund të shfaqë varacione të saj me shfaqjen e vijave të lakuara apo edhe me shkallët me kuti.

Pacienti vendos një shenjë përgjatë vijës që përshkruan më mirë ashpërsinë e dhembjes që ndiejnë. Pas përcaktimit nga ana e pacientit stafi mjekësor përcakton se ku është vendosur shenja e pacientit duke llogaritur kështu intesitetin e dhembjes.

Kategoritë e VAS:

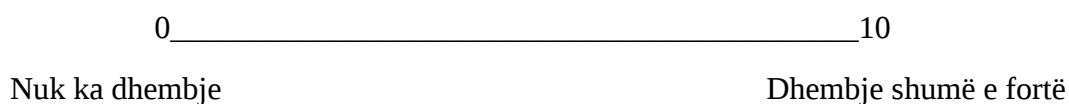


Figura 3: Shkalla Analoge Vizuale

Kategoritë që vendosen janë; pa dhembje (0 - 4 mm), dhembje e lehtë (5 - 44 mm), dhembje e moderuar (45 - 74 mm) dhe dhembje shumë e fortë (75 - 100 mm). Kjo metodë është shumë efikase për vlerësimin e dhembjes në mënyrë të shpejtë dhe objektive.

➤ Shkalla e dhembjes së fytyrave (FPS-Faces Pain Scale)

Shkalla e vlerësimit të dhembjes së fytyrave, ose FPS, është një metodë për të vlerësuar intensitetin e dhembjes, e cila përdor imazhe të fytyrave për t'iu ardhur në ndihmë pacientëve. Kjo shkallë përdoret për të identifikuar nivelin e dhembjes, kryesisht për fëmijët dhe pacientët të cilët kanë vështirësi të shprehen me fjalë dhe në ato situata ku është i vështirë komunikimi verbal ose te pacientët me dëmtime kognitive (Bieri et al., 1990; Garra et al., 2009; Tripathi & Kumar, 2014). Secili nga imazhet mbart shprehje emocionale, nga fytyrat e lumtura të cilat përkojnë me nivelin ku nuk perceptohet dhembje, deri tek fytyrat që qajnë ku shprehet dhembje shumë e fortë. Pacientët, sipas situatave që paraqiten, zgjedhin një imazh që përfaqëson më së miri nivelin e dhembjes që po përjetojnë.

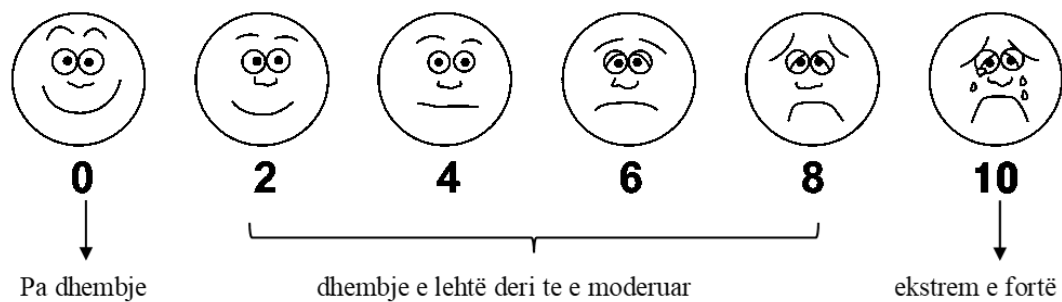


Figura 4: Shkalla e Dhembjes së Fytyrave

Kategoritë e Shkallës së Dhembjes së Fytyrave:

Kjo shkallë përbëhet 6 fytyra (0 - 10) që paraqesin emocione të ndryshme:

1. **Imazhi parë:** Një fytyrë e lumtur, pa dhembje.
2. **Imazhi 2 - 8:** Fytyra që shprehin rritje graduale të nivelit të dhembjes, nga dhembje e lehtë deri në dhembje më e fortë.
3. **Imazhi 10:** Një fytyrë shumë e trishtuar që tregon dhembje ekstreme.

Një version i rishikuar i FPS, i miratuar, është publikuar edhe në databazën e IASP (Faces Pain Scale-Revised – FPS-R). Ky version u pështat nga FPS dhe përdor ikona me imazhe të fytyrave për të matur dhembjen, duke vlerësuar dhembjen në një metrikë të pranuar gjërësisht nga 0 në 10. FPS-R tenton të masë ndjenjat e brendshme të pacientëve, jo shprehjet sipërfaqësore, duke mos shfaqur pamjen e fytyrave të qeshura apo duke lotuar (International Association for the Study of Pain, 2023b).

Shkalla e dhembjes së fytyrave - e rishikuar (FPS-R) është zhvilluar për fëmijët si një masë vetë-raportuese e intensitetit të dhembjes, duke u mbështetur në imazhe të fytyrave që shprehin emocione. Përshtatja e saj është bërë duke u bazuar në FPS, me përfaqësim të nivelit të ashpërsisë së dhembjes 0 në 10, ku 0 nuk ka prani dhembje dhe shfaqet me një imazh të lumtur, 2 = dhembje e lehtë, 4 = ndjesi bezdisëse, 6 = dhembje e fortë, 8 = dhembje intense, dhe 10 dhembje shumë e fortë, e papërballueshme, më e keqja e provuar (Garra et al., 2009; Hicks et al., 2001). Rekomandohet veçanërisht për përdorim tek fëmijët shumë të vegjël dhe së bashku me shkallën analoge vizuale mund të përdoret edhe në grupmoshën 4 - 16 vjeç (International Association for the Study of Pain, 2023b).



Figura 5: Shkalla e Dhembjes së Fytyrave e Rishikuar

Përcaktohet si një metodë e thjeshtë dhe vizuale, e cila i lejon pacientit të shprehë ndjenjat e tij më lehtë, duke u përdorur më shpesh në mjedise pediatrike dhe në kujdesin shëndetësor të personave me aftësi të kufizuara.

2.6.1.2. Pyetësorët e dhembjes

Pyetësorët e dhembjes janë mjete matëse të vlerësimit të pragut të dhembjes duke përfshirë në këtë proces natyrën multidimensionale, aspektet funksionale, shqisore,

emocionale dhe njohëse. Qëllimi i këtyre instrumentave matës është të identifikojnë eksperiencën subjektive të dhembjes e cila paraqet ndryshime të shumta në individë të ndryshëm.

➤ Pyetësi McGill

Pyetësi McGill është një mjet vlerësimi i përvojës së dhembjes duke përfshirë shumë aspekte të tjera përveç intesitetit dhe duke u thelluar në aspektet cilësore të saj, me përcaktimin e pikave të dhembjes. Ky pyetësor u hartua për herë të parë nga Melzack në 1975 në Universitetin McGill në Montreal në Kanada, dhe kishte si qëllim kryesor që të siguronte masa sasiore të dhembjes të përfaqësuar nga tre komponentë si intesiteti ndijor, komponentët kognitive të dhembjes dhe ndikimin emocional i saj (Melzack, 1975). Profesionistët e kujdesit shëndetësorë në mbarë botën kanë përdorur gjerësisht këtë pyetësor që nga momenti i publikimit dhe me kalimin e viteve është përshtatur për përdorim në shumë gjuhë (Aguilar-Ferrándiz et al., 2014; Kannan et al., 2014; Tripathi & Kumar, 2014; Świerkosz & Nowak, 2015). Përdorim më i shpeshtë është parë tek personat të cilët përjetojnë dhembje kronike dhe të zgjatur në kohë (Garg et al., 2020; Main, 2015; Ngamkham et al., 2011).

Pyetësi McGill përbëhet nga një listë prej 78 fjalëve përshkruese të kategorizuara në 20 kategori, prej të cilave të anketuarit përzgjedhin fjalët që përshkruajnë më mirë dhembjen e tyre. Këto kategori përfaqësojnë komponentë të ndryshëm të dhembjes; kategoria 1 deri në 10 përfshin terma përshkrues të dhembjes, kategoria 11 deri në 15 përbëhet nga terma të aspektit afektiv, kategoria 16 ka aspektin vlerësues, dhe kategoria 17 deri në 20 ka përshkrues të ndryshme. Ndryshimet cilësore në dhembje reflektohen nga zgjedhja e fjalëve të të anketuarve (Katz & Melzack, 2022; Main, 2015).

➤ Inventari i shkurtër i dhembjes

Inventari i shkurtër i dhembjes, është një tjetër instrument matës i cili vlerëson intensitetin e dhembjes, dhe mënyrën sesi ndikon në aktivitetet e përditshme. Ky pyetësor është hartuar për të ndihmuar profesionistët e shëndetit në vlerësimin dhe menaxhimin e dhembjes, veçanërisht për individët që vuajnë nga dhembje kronike

(Garg et al., 2020; Im et al., 2020; Tripathi & Kumar, 2014). Ekziston si në forma të shkurtra ashtu edhe në ato të gjata, duke u kujdesur për nevoja të ndryshme klinike. Përbëhet nga dy pjesë kryesore. Pjesa e parë, ka të bëjë me intesitetin e dhembjes, ku matet dhembja që përjeton pacienti në një periudhë kohore të caktuar, duke përdorur vlerësimin me shkallë nga 0 deri në 10. Pjesa e dytë, vlerëson ndikimin që shfaq dhembja në aktivitetet e përditshme, në punë, në gjumë, në marrëdhëniet sociale apo dhe në ndryshimet emocionale (Ferreira et al., 2023).

Ky pyetësor është shumë i përdorur te pacientët me dhembje kronike, duke monitoruar përmirësimin ose përkeqësimin e saj dhe ndikimin në cilësinë e jetës së tyre.

Vlerësimi i rregullt dhe i plotë i dhembjes është thelbësor për menaxhimin efektiv të saj. Mundëson që profesionistët e kujdesit shëndetësorë të monitorojnë efektivitetin e trajtimit, të rregullojnë ndërhyrjet sipas nevojës dhe të përmirësojnë rezultatet e pacientit. Erden et al. (2017) theksojnë rëndësinë e vlerësimeve të përsëritura të dhembjes pas administrimit të analgjezikeve.

2.7. Trajtimi i dhembjes

Trajtimi i dhembjes synon përfshirjen e një sërë ndërhyrjeve për lehtësimin e saj të cilat ndikohen nga shkaku, faktorët, intesiteti dhe lloji. Qasjet e trajtimit mund të përfshijnë ndërhyrje farmakologjike dhe jofarmakologjike ose një kombinim të tyre të cilat lidhen me funksionimin fizik, psikologjik dhe social. Programet e trajtimit multidisiplinar përfshijnë terapitë mjekësore, terapitë e sjelljes, teknikat fizike, edukimin e pacientit dhe mjete alternative. Këto trajtime ofrohen nga një ekip profesionistësh multidisiplinar të kujdesit shëndetësor (Banerjee & Argáez, 2019).

2.7.1. Trajtimi farmakologjik

Egzistojnë shumë kategori medikamentesh të cilat mund të përdoren për të lehtësuar dhembjen. Trajtimi i duhur medikamentoz kërkon personalizim për secilin pacient duke u bazuar në karakteristikat individuale të pacientit, intesitetin e shfaqjes dhe vendndodhjen e dhembjes. Për të ndihmuar këtë proces dhe për t'i ardhur në ndihmë

profesionistëve të kujdesit shëndetësor në menaxhimin dhe lehtësimin e dhembjes OBSH ka publikuar shkallët analgjezike. Këto shkallë përbëhen nga tre hapa dhe kanë për qëllim trajtimin e dhembjes në përputhje me nivelin e intensitetit të shfaqur tek pacientët, duke çuar kështu në kontroll adekuat të saj dhe duke minimizuar efektet anësore (Anekar et al., 2023; World Health Organization, 2019). Gjatë viteve këto rekomandime për përdorimin e analgjezikëve kanë pësuar ndryshime dhe aktualisht përdoren për trajtimin e dhembjeve akute dhe kronike, që shfaqen për shkak të një spektri të gjërë patologjish dhe sëmundjesh, por më shumë përdoren për trajtimin e dhembjes kancerogjene.

2.7.1.1. Hapi i parë i trajtimit - Analgjezikët jo-opioidë

Shkalla analgjezike e OBSH-së përfshin përdorimin e analgjezikëve jo-opioidë të cilat janë efektive për lehtësimin e dhembjeve të lehta deri tek të moderuara. Ndihmojnë në reduktimin e perceptimit të dhembjes duke ndikuar në qendrat e dhembjes në SNQ (World Health Organization, 2019). Më të përdorur janë:

- Anti-inflamatorët josteroidë (AIJS) - përfshihen medikamente si: ibuprofeni, naprokseni ose diklofenaku të cilat ndihmojnë në lehtësimin e dhembjeve të lehta, inflamacionit dhe kontrollin e temperaturës në organizëm.
- Acetaminofeni - i njohur si paracetomoli. Përdoret te ajo kategori pacientësh të cilët nuk tolerojnë dot marrjen e AIJS. Ka efekt analgjezik dhe antipiretik por ka më pak efekt anti-inflamator.

2.7.1.2. Hapi i dytë - Opioidet e lehtë

Opioidet e lehtë përdoren në rastet kur analgjezikët jo-opioidë nuk arrijnë të lehtësojnë dhembjen tek pacienti. Shërbejnë kryesisht në trajtimin e dhembjeve të moderuara deri te të forta. Opioidet e lehta veprojnë në SNQ duke aktivizuar receptorët opioidë dhe duke shfaqur efekt analgjezikë tek pacientët, gjë që do të

bllokojë ndjesinë e perceptimit të dhembjes. Abuzimi me dozat dhe përdorimi afatgjatë i tyre mund të çojë në shfaqjen e varësisë tek pacientët, kështu që përdorimi i tyre rekomandohet për një kohë të shkurtër dhe nën mbikqyrjen e stafit mjekësor. Disa nga llojet e opioideve të lehtë të përfshira edhe në shkallën analgjezike të OBSH janë (World Health Organization, 2019):

- Kodeina - përdoret për lehtësim të dhembjeve të lehta deri te të moderuara, vetëm ose e kombinuar me dhënien e një AIJS, duke ndikuar kështu në përmirësim më të mirë të dhembjes.
- Tramadoli - opioid sintetik, i cili krijon efekt analgjezik duke vepruar me receptorët opioidë. Përdoret për lehtësimin e dhembjeve të moderuara kronike.

2.7.1.3. Hapi i tretë - Opioidet e fortë

Shkalla analgjezike e OBSH rekomandon përdorimin e opioideve të fortë në rastin e dhembjeve të forta dhe të vazhdueshme dhe të pakontrolluara në mënyrë adekuate nga anagjezikët jo-opioidë ose opioidet e lehtë. Në klasën e opioideve të fortë bëjnë pjesë analgjezikët, të cilët veprojnë në mënyrë shumë efikase për të lehtësuar dhembjen. Veprojnë duke u lidhur me receptorët opioidë në tru, palcën kurrizore dhe pjesë të tjera të sistemit nervor. Ky proces bllokoi sinjalet e dhembjes dhe mund të krijojë një ndjesi të fuqishme euforie te pacientët. Megjithatë, për këtë arsye janë edhe të rrezikshëm, pasi përdorimi i tyre pa kontroll mund të shkaktojë varësi dhe mbidozim. Medikamentet më të përdorshme të kësaj klase janë (Setiabudy et al., 2015; World Health Organization, 2019):

- Morfina - sipas shkallës analgjezike të OBSH morfina konsiderohet si standardi i artë për menaxhimin e dhembjeve të forta. Shpesh është medikament i linjës së parë për qetësimin e dhembjeve të kancerit, pas ndërhyrjeve kirurgjikale ose dhe në situata kur pacienti përjeton dhembje të padurueshme. Bazuar në gjendjen e pacientit vendoset dhe mënyra e administrimit të saj; në rrugë orale intravenoze apo rrugëve të tjera (Nunes et al., 2014; Setiabudy et al., 2015; World Health Organization, 2019).

- Oksikodoni - në doza të larta ka një fuqi veprimi të ngjashme me morfinën, duke lehtësuar dhembjet e forta te pacientët.
- Hidromorfoloni (Dilaudid) - është një opioid më i fuqishëm se morfina, dhe shpesh përdoret për menaxhimin e situatave emergjente me paraqitjen e dhembjeve të padurueshme (Setiabudy et al., 2015; World Health Organization, 2019).
- Meperidini (Demerol) - është një opioid i cili përdoret për trajtimin e dhembjeve akute dhe të forta. Por efektet e shumta anësore që shfaq gjatë përdorimit dhe rritjes së mundësisë së shfaqjes së varësisë tek pacientët kanë bërë të mundur që të mos përdoret shpesh (Setiabudy et al., 2015; World Health Organization, 2019).
- Metadoni - është një opioid i cili përdoret për trajtimin e dhembjeve kronike të moderuara deri në të rënda, gjithashtu mund të përdoret edhe në trajtimin e varësisë nga opioidët. Ky medikament vepron duke bllokuar receptorët opioidë në tru, dhe për pasojë ul ndjeshmërinë ndaj dhembjes. Përdorimi i tij bëhet nën mbikëqyrjen mjekësore, pasi ka rrezik të lartë për abuzim dhe shfaqje të efekteve anësore (Setiabudy et al., 2015; World Health Organization, 2019).

Si opsione për lehtësimin dhe menaxhimin e dhembjeve mund të përdoren edhe medikamente të tjera duke u bazuar në llojin e dhembjes, shkaktarët dhe ashpërsinë e saj. Këto medikamente konsistojnë si opsione alternative ndihmëse për menaxhimin e dhembjes.

- Antidepresantët - përdoren për trajtimin e dhembjeve kronike, kryesisht kur dëmtimi ndodh në nerva ose sistemin nervor, gjë e cila do të çojë në shfaqjen e dhembjes neuropatike. Këto medikamente përveç që mund të ndihmojnë në lehtësimin e dhembjes do të ndikojnë edhe në përmirësimin e gjendjes emocionale të pacientëve (Bhaskar, 2016).

- Antikonvulsantët - medikamente të tilla si: gabapentina ose dhe pregabalina përdoren si medikamente për të qetësuar dhembjen neuropatike tek pacientët. Gabapentina mund të përdoret veçanërisht në dhembjet neuropatike sistemike që vijnë nga patologji si neuropatia diabetike apo dhe herpesi (Bhaskar, 2016; Cohen et al., 2015; Mao & Chen, 2000).
- Kortikosteroidët - janë medikamente anti-inflamatorë, të cilat në rastin e trajtimit të dhembjes përdoren kur ajo është shkaktuar nga një inflamacion i rëndë, kryesisht dhembjeve që ndodhin pas sëmundjeve të sistemit imunitar. Mund të përdoren disa nga këto medikamente si terapi kundër dhembjes; prednizoloni, për trajtimin e dhembjeve që vijnë nga patologji inflamatore të tilla si artriti, ose deksametazoni i cili mund të përdoret për dhembjet me natyrë inflamatore ose për lehtësimin e dhembjeve kancerogjene (Cohen et al., 2015).
- Anestezikët lokal - përdoren duke bllokuar përkohësisht dhembjen në një zonë të trupit ku ajo është shfaqur. Mund të përdoret lidokaina në formë kremi apo xheli duke trajtuar dhembjen lokale të shfaqur nga dëmtimi i indeve, ose anestezikë të tjerë më të fortë të cilët përdoren vetëm në ambiente spitalore (Cohen et al., 2015).

2.7.2. Metodat jofarmakologjike

Menaxhimi i dhembjes kërkon një qasje ndërdisiplinore dhe të integruar. Ndërhyrjet e shumta jofarmakologjike joinvazive përmirësojnë dhembjen, me efekte të vogla deri të moderuara dhe nuk shoqërohen me dëmtime serioze. Të tilla intervenime realizohen në të gjitha aspektet e kujdesit klinik, duke përfshirë planifikimin, zbatimin dhe kryerjen e ndërhyrjeve të ndryshme nga klinikistët, infermierët, fizioterapistët, psikologët dhe i gjithë stafi që i vjen në ndihmë këtyre pacientëve (Dowell et al., 2022).

Bazuar në rishikimin e literaturës trajtimi i dhembjes mund të realizohet nëpërmjet disa metodave alternative duke ndikuar edhe në uljen përdorimit të analgjezikëve dhe efekteve anësore. Metodat e menaxhimit jofarmakologjik ndihmojnë në lehtësimin e

dhembjes nëpërmjet veprimit mbi mekanizmat fiziologjikë, psikologjikë apo emocionalë. Gjithashtu, këto metoda mund të jenë edhe invazive apo jo-invazive. Mekanizmi i tyre i veprimit është nëpërmjet çlirimit të hormonit të endomorfins, kur metoda e përzgjedhur e trajtimit është ajo psikologjike, ose nëpërmjet ndikimit në receptorët nociceptiv duke frenuar tejçimin e mesazhit të dhembjes. Janë shumë të dobishme si në menaxhimin e dhembjeve akute ashtu edhe kronike dhe në këtë metodë trajtimi mund të përfshihen një staf më gjithëpërfshirës sesa në metodat farmakologjike (Qaseem et al., 2017; Skelly et al., 2022).

2.7.2.1. Terapia fizike

Terapia fizike apo fizioterapia është një metodë jofarmakologjike e cila përdoret për menaxhimin e pacientëve që përjetojnë dhembje, me qëllim përmirësimin e funksionit trupor. Kjo metodë mbështetet në një gamë metodash, si ushtrime fizike, terapi manuale, stimuj elektrikë, masazh dhe teknika të tjera të cilat do të ulin tensionin muskular duke ndikuar në reduktimin e dhembjes dhe përmirësuar indet e dëmtuara. Përdoret kryesisht te pacientët të cilët paraqesin dëmtime muskuloskeletore, dhembje muskulare, dëmtime të ndryshme të gjymtyrëve apo dhe pas ndërhyrjeve. Teknikat më të përdorura të terapisë fizike (Ambrose & Golightly, 2015; López-Sendín et al., 2012):

- Krioterapi - konsiston në një metodë alternative efektive dhe jo invazive për lehtësimin e dhembjes duke përdorur ftohjen lokale të zonave në të cilat perceptohet stimuli i dhembshëm. Kjo metodë do të ndikojë në uljen e temperaturës së lëkurës, dhe për pasojë do të stopojë trasmetimin e sinjaleve të dhembjes në tru. Gjithashtu, kjo metodë ndikon në uljen e inflamacionit në pjesë të ndryshme të trupit të cilat kanë pësuar dëmtime, dhe në përmirësimin e funksionit të muskujve (Dehghan & Farahbod, 2014; Miranda et al., 2021; Silva et al., 2019).
- Termoterapi - është një trajtim efektiv i cili është përdorur shpesh për menaxhimin e dhembjeve, kryesisht atyre muskulore apo të kockave, gjithashtu edhe për të nxitur procesin e shërimit të indeve të dëmtuara.

Termoterapia përdor si mekanizëm veprimi rritjen e temperaturës në indet e dëmtuara nëpërmjet nxehtësisë duke siguruar në këtë mënyrë disa efekte pozitive fiziologjike të tilla si; përmirësimin e qarkullimit të gjakut, reduktim të spazmave, lehtësim të dhembjes, dhe përshpejtimin e shërimit. Aplikimi lokal i nxehtësisë krijon një efekt analgjezik duke bllokuar sinjalet e dhembjes, për rrjedhojë do të ulët dhe intensitetin e saj (Dehghan & Farahbod, 2014; Machado et al., 2019; Silva et al., 2019).

- Hidroterapia - është një metodë alternative e trajtimit të dhembjes duke promovuar përmirësimin e funksioneve fizike të trupit. Kjo metodë përfshin përdorimin e ujit të ftohtë, të ngrohtë apo të nxehtë, sipas kushteve të ndryshme kronike mjekësore, kryesisht në patologji të sistemit muskuloskeletor apo rehabilitimin pas ndërhyrjeve të ndryshme. Kjo teknikë përmirëson qarkullimin e gjakut, relakson muskujt dhe ndihmon në reduktim të inflamacionit (Gramatikova et al., 2020; Mao et al., 2023).
- Simulimi nervor elektrik transkutan (TENS) - është një teknikë fizioterapeutike e cila ndihmon në lehtësimin e dhembjes nëpërmjet përdorimit të impulseve elektrike (elektrodave të cilat ngjiten në lëkurë) duke bllokuar sinjalet e dhembshëm që dërgohen në tru. Ky mekanizëm veprimi do të ndikojë tek individët e ndryshëm duke ulur prapësin e perceptimit të saj (Gibson et al., 2017). Gjithashtu, kjo metodë jo-invazive mund të ndihmojë në stimulimin e çlirimit të endomorfinaeve nga organizmi, të cilat më pas do të veprojnë si analgjezikë. TENS shpesh rekomandohet për trajtimin e dhembjeve kronike, muskulare, nervore, të nyjeve, apo dhe dhembjes fantomë (Johnson et al., 2015; Vance et al., 2014).
- Stimuli elektrik i muskuj (EMS) - metodë e cila përdoret shpesh në fizioterapi në rehabilitues. Kjo teknikë stimulon muskujt duke shkaktuar kontraktimin e tyre nëpërmjet impulseve elektrike të vendosura në kontakt të drejtëpërdrejtë në lëkurë. Në pacientët me dhembje muskulore kjo teknikë rezulton shumë efektive pasi nxit qarkullimin e gjakut, ul tensionin muskular dhe përshpejton procesin e shërimit (Enoka et al., 2019; Zeng et al., 2014).

- Terapia me ultratinguj - trajtim fizioterapeutik i cili përdor valë ultratingujsh me frekuenca të larta për të stimuluar indet e trupit në mënyrë që të lehtësojnë dhembjen. Valët e ultratingujve kalojnë përmes lëkurës në indet e thella dhe nëpërmjet nxehtësisë që çlirojnë stimulojnë qelizat e organizmit. Është shumë efektive në trajtimin e dhembjeve akute apo kronike me burim nga dëmtimet e nyjeve, tendineve apo muskujve (Noori et al., 2018).
- Masazhi - metodë fizioterapeutike efektive për trajtimin e dhembjeve kronike muskulare, nyjeve apo dhe tensioneve trupore si pasojë e aktiviteteve fizike. Nëpërmjet teknikave të ndryshme të masazhit përmirësohet qarkullimi i gjakut, përshpejtohet procesi i shërimit të indeve të dëmtuara dhe reduktohet ngurtësia e muskujve duke ulur ndjeshmërinë ndaj dhembjes. Gjithashtu, edhe masazhi ndihmon në çlirimin e endomorfinaeve, duke përmirësuar gjendjen emocionale dhe reduktuar nivelet e larta të stresit te individët që përjetojnë dhembje kronike (Gentile et al., 2018; López-Sendín et al., 2012).
- Kineziotaping - përdoret si një metodë efektive për trajtimin dhe lehtësimin e dhembjeve dhe lëndimeve muskulore apo të nyjeve, si dhe për të parandaluar dëmtimet e mëtejshme te sportistët. Vepron duke stabilizuar muskujt apo nyjet të cilët paraqiten të dhembshëm, nëpërmjet një shiriti elastik, por nuk kufizon lëvizshmërinë e tyre. Shiriti elastik shërben për mbështetje dhe ndihmon në shërimin e shpejtë të indeve të dëmtuara (Mostafavifar et al., 2012).
- Akupunktura - është një praktikë e cila e ka prejardhjen nga Kina e lashtë, dhe përdoret gjërësisht në botë. Kjo teknikë konsiston në vendosjen e disa gjëlpërave të holla në lëkurë për të trajtuar probleme të ndryshme shëndetësore dhe për përmirësimin e shëndetit fizik dhe mendor. Përdoret edhe për lehtësimin e dhembjeve të ndryshme, si muskujve apo nyjeve si edhe për dhembjet kronike të qafës, shpatullave, miofaciale, fibriomialgjinë, demencën, apo dhe dhembjet pas operacioneve (Lu et al., 2022; World Health Organization, 2002).
- Akupresura - metodë trajtimi alternativ, me parim të ngjashëm me akupunkturën, por në këtë rast nuk përdoren gjëlpërat. Duke përdorur

presionin e duarve, gishtave apo mjeteve të ndryshme, stimulohen pjesë specifike të trupit të cilat janë të lidhura me rrugët e energjisë në organizëm (meridianet). Ky presion do të stimulojë energjinë e trupit për të lehtësuar dhembjet e ndryshme dhe për të përmirësuar shëndetin fizik dhe mendor (Ducret et al., 2024).

2.7.2.2. Terapia psikologjike

Terapia psikologjike është një metodë e cila mund të përdoret më vete për menaxhimin e dhembjeve ose/dhe e kombinuar me terapitë e mësipërme. Nëpërmjet këtyre metodave synohet të menaxhohet niveli i ankthit dhe stresit tek personat që përjetojnë dhembje kronike. Rëndësinë më të madhe kjo metodë trajtimi e ka tek dhembjet me komponent psikologjik, kryesisht dhembjet neuropatike (De C Williams et al., 2020; Derbyshire, 2024; Sturgeon, 2014). Punohet me aspektet emocionale dhe psikologjike në mënyrë që të ndihmohet pacienti të përballojë dhembjen dhe të përmirësohet cilësia e jetës së tyre. Teknikat më të përdorura të metodës së trajtimit psikologjikë janë:

- Terapia kognitive e sjelljes - pjesë e terapisë psikologjike. Përdoret për të ndihmuar individët të menaxhojnë dhembjen kronike dhe ndikon në përmirësimin e dhënies së kujdesit. Fokuset kryesisht në mendimet, sjelljet dhe emocionet e individëve që përjetojnë dhembje, duke i ndihmuar të kuptojnë sesi ndikojnë në perceptimin e dhembjes. Kjo teknikë i ofron mundësi pacientëve sesi ta menaxhojnë dhembjen në përditshmëri. Është një teknikë shumë efektive në lehtësimin e dhembjeve kronike, neuropatike, psikosomatike apo dhe dhembjeve të lidhura me kancerin (De C Williams et al., 2020; Derbyshire, 2024; Sturgeon, 2014).
- Hipnoza - ndihmon pacientët që përjetojnë dhembje kronike apo akute nëpërmjet teknikave sugjestionuese apo shpërqendruese. Kjo teknikë përdor fuqinë e mendjes për të ndryshuar mënyrën e perceptimit. Individët në gjendje hipnoze janë plotësisht të relaksuar dhe truri i tyre mirëpret sugjerime të cilat

do të ndryshojnë ndjesinë e dhembjes (De C Williams et al., 2020; Derbyshire, 2024; Sturgeon, 2014).

- Terapia e grupit - terapi psikologjike e cila ofron mundësi që individët që vuajnë nga dhembjet kronike të ndajnë eksperiencat e tyre me qëllim që të ndihmojnë dhe të mësojnë nga njëri-tjetri dhe të menaxhojnë dhembjen në mënyrën më të mirë. Kjo terapi ndihmon edhe në përmirësimin e gjendjeve emocionale të individëve (De C Williams et al., 2020; Derbyshire, 2024; Sturgeon, 2014).

2.8. Roli i infermierëve në menaxhimin e dhembjes

Bazuar në Kodin e Etikës dhe Deontologjisë për profesionistët e kujdesit shëndetësor në Shqipëri, infermierët kanë detyrim profesional, moral dhe humanitar për të ofruar dhënien e kujdesit shëndetësor çdo individ. Gjithashtu, profesionistët e kujdesit shëndetësor janë të aftë të identifikojnë, evidentojnë dhe të ndërmarrin masa për të parandaluar shfaqjen e dhembjen te pacientët, duke aplikuar praktika më të mira dhe duke respektuar të drejtat e pacientit (Kodi etik, 2023).

Menaxhimi efektiv i dhembjes është çelësi për trajtimin e duhur të saj dhe për rritjen cilësisë së jetës së pacientëve. Stafi infermior, si pjesë e skuadrës multidisciplinare, luan një rol kryesor në menaxhimin e dhembjes dhe në sigurimin e kujdesit të duhur ndaj pacientëve, duke ndihmuar në përmirësimin e gjendjes së tyre. Kontaktet e shpeshta që kanë infermierët me pacientët, i jep mundësi atyre të mund të realizojnë vlerësimin, monitorimin dhe menaxhimin e dhembjes në mënyrën e duhur (Ángel García et al., 2015; Esquibel et al., 2014; Grommi et al., 2023; International Association for the Study of Pain, 2021; Louw et al., 2016)

Për të realizuar një menaxhim të mirë, stafi infermior duhet të jenë në dijeni për proceset e dhembjes dhe zgjedhjet e trajtimit. Ata duhet të jenë të vetëdijshëm të kuptojnë format e shumta të dhembjes, të tilla si: dhembja akute, kronike apo dhe llojet e tjera, si dhe të njohin opsionet e trajtimit farmakologjik dhe jofarmakologjik. Infermierët janë të aftë të përdorin instrumente vlerësimi për të përcaktuar shkallën e

dhembjes dhe për të zhvilluar një plan trajtimi të individualizuar dhe që do ndihmojë në lehtësimin e gjendjes së pacientëve (Orr et al., 2013; Tsze et al., 2016).

Ata janë gjithashtu përgjegjës për të siguruar që terapia që marrin pacientët është e sigurtë dhe plotëson nevojat e tyre dhe gjithashtu, përgjegjës për monitorimin e efekteve anësore të medikamenteve që përdorin (Dowell et al., 2022). Përveç trajtimit farmaceutik, infermierët janë të aftë të përdorin edhe strategjitë jofarmakologjike të menaxhimit të dhembjes si teknikat fizike, të cilat përdoren shpesh për të ndihmuar pacientët të menaxhojnë dhembjen pa përdorimin e medikamenteve ose për të ardhur në ndihmë terapive farmakologjike (Kamper et al., 2015; Marin et al., 2017; Morley et al., 2015; Qaseem et al., 2020). Duke qenë në dijeni të këtyre metodave të trajtimit dhe duke i aplikuar, infermierët mund të edukojnë pacientët dhe familjet e tyre për alternativat e menaxhimit të dhembjes. Gjithashtu, ata mund ti japin informacion mbi përdorimin e medikamenteve të sigurta dhe efektive për të qetësuar stimujt e dhembshëm (Louw et al., 2016).

Vlerësimi i vazhdueshëm i gjendjes së pacientëve është një pjesë e rëndësishme e rolit të infermierëve në menaxhimin e dhembjes. Infermierët duhet të vlerësojnë reagimet e pacientëve ndaj terapisë dhe të kontribuojnë në përcaktimin e trajtimeve sipas nevojës për të siguruar një menaxhim efektiv. Ky proces kërkon aftësi të mira komunikimi dhe aftësi për të fituar besimin e pacientëve, duke i lejuar ata të flasin për përvojat e tyre të lidhura me dhembjen. Për më tepër, infermierët duhet të jenë të trajnuar për të njohur shenjat e mundshme të shqetësimeve që pacientët mund të mos jenë në gjendje t'i shprehin, si në rastet e pacientëve që paraqesin vështirësi në të folur, të sëmurët rëndë ose ato me sëmundje neurologjike (Louw et al., 2016). Një numër i madh instrumentesh mund të përdoren për vlerësimin e dhembjes së pacientëve duke u bazuar në sjelljet, vëzhgimet, parametrat fiziologjikë dhe shenjat e tjera të trupit. Nivele të ulëta të dhembjes gjatë raportimit mund edhe të mos zbulohen dhe të neglizhohet trajtimi (Schofield, 2017).

Infermierët kanë një rol të rëndësishëm edhe në bashkëpunimin e ngushtë me stafin multidisciplinar; mjekët, fizioterapistët, psikologët dhe ekspertët e tjerë të kujdesit shëndetësor, për të zhvilluar një plan trajtimi duke përfshirë të gjithë elementët e shëndetit, si fizike, emocionale dhe psikologjike. Nga kjo qasje me stafin mund të ofrojnë ndihmë të vazhdueshme gjatë gjithë procesit të menaxhimit të dhembjes duke

ndikuar në përmirësimin e dhënies së kujdesit (Herr et al., 2015). Puna në grup dhe bashkëpunimi multidisiplinar çon në rezultate më të mira klinike.

2.8.1. Njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve në lidhje me dhembjen

Njohuritë përfaqësojnë një tërësi informacioni që çdo individ zotëron në një profil të caktuar. Njohuritë kanë të bëjnë me përfitimin e informacioneve për të ndërmarrë veprime të caktuara, nëpërmjet leximit, kërkimeve, eksperiencës apo vëzhgimeve. Vijnë në ndihmë për të kuptuar fenomene të ndryshme dhe mund të zhvillohen akoma edhe më shumë me kalimin e kohës nëpërmjet eksperiencave dhe informacioneve të reja.

Qëndrimet janë sjellje të caktuara ndaj një fenomeni, ose mendimi që mund të kemi për diçka që shohim apo vlerësojmë. Formohen nga eksperiencia, njohuritë që zotërojnë, dhe nga perceptimet kulturore dhe personale. Ndryshe nga njohuritë, të cilat ndikoheshin nga gjëra reale, qëndrimet bazohen në emocionet, bindjet dhe vlerat e gjithësecilit dhe mund të ndikojnë në mënyrën sesi individët veprojnë me ambientin që i rrethon. Këto dy komponentëve janë shumë të rëndësishëm dhe ndikojnë në mënyrën sesi individët perceptojnë dhe reagojnë.

Në lidhje me dhembjen, njohuritë dhe qëndrimet e stafit infermior luajnë një rol thelbësor për vlerësimin dhe menaxhimin e dhembjes. Njohuritë e infermierëve i mundësojnë atyre të kuptojnë mekanizmat që e shkaktojnë, si fiziologjikë ashtu edhe psikologjikë. Ndërsa qëndrimet që kanë anëtarët e stafit infermior ndaj dhembjes ndikojnë në mënyrën e dhënies së kujdesit ndaj këtyre pacientëve, menaxhimit dhe trajtimit të saj (Lewis et al., 2015).

Njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve në lidhje me dhembjen ndikohen nga një sërë faktorësh:

- **Arsimimi:** Njohuritë bazë të infermierëve formësohen gjatë viteve të edukimit të tyre. Informacioni që ato marrin dhe përgatitja e tyre do të luajnë rol të rëndësishëm në të kuptuarit e dhembjes dhe në vlerësimin e saj (Liyew et al., 2020).

- Trajnimet: Pjesëmarrja e stafit infermieror në trajnime të ndryshme me tematikë dhembjes, do t'i sigurojë atyre informacion më të detajuar mbi mënyrën sesi të përballen me këtë fenomen. Gjithashtu, përfshirja e tyre në këto seanca edukuese nxit aftësinë e infermierëve për një vlerësim dhe trajtim më të saktë (Alotaibi et al., 2019; Utne et al., 2019).
- Eksperienca në punë: Informacionet e akumuluar gjatë viteve të punës ndikojnë si në njohuritë e stafit infermieror ashtu edhe në qëndrimet që ato mbartin ndaj dhembjes së pacientëve. Është evidentuar nga studime të ndryshme se sa më shumë eksperiencë të ketë një infermier, aq më shumë përmirëson aftësinë e menaxhimit të situatave të ndryshme, dhe konkretisht të dhembjes (Admassie et al., 2022; Fenta et al., 2023; Jira et al., 2020).
- Akses në mjetet e vlerësimit të dhembjes dhe protokolleve të menaxhimit: Materialet që mund të kenë akses infermierët, të tilla si mjetet e vlerësimit të dhembjes apo edhe udhëzuesve të bazuar në prova mbi menaxhimin adekuat mund të ndikojnë në nivelin e njohurive dhe qëndrimeve të tyre. Këto mjete edukuese, nëqoftëse trajtohen në mënyrën e duhur nxisin kompetencën infermirore në menaxhimin e dhembjes (Crisman et al., 2024; Samara et al., 2024).
- Puna në grup: Bashkëpunimet multidisiplinare janë të rëndësishme gjatë fazës së menaxhimit dhe përzgjedhjes së trajtimit të personave që përjetojnë dhembje. Kjo mbështetje organizative mund të ndikojë në qëndrimet e stafit infermieror (Herr et al., 2015).
- Besimet dhe perceptimet personale: Perceptimet individuale të infermierëve mund të çojnë në vlerësim jo-adekuat të dhembjes duke mos llogaritur në mënyrë të saktë intesitetin e saj. Këto besime personale të stafit infermieror nëqoftëse nuk bazohen në vetë-raportimin e pacientëve për intesitetin e dhembjes mund të ndikojnë edhe në menaxhim dhe trajtim joadekuat të këtij fenomeni (Kuhlmann & Tallman, 2022; Tagele et al., 2023).

2.8.2. Ndikimi i njohurive dhe aftësive në menaxhimin e dhembjes

Njohuritë dhe qëndrimet që kanë infermierët ndaj dhembjes janë shumëdimensionale dhe përfshijnë një gamë të gjërë elementesh. Gjithashtu këto njohuri rekomandohen të axhornohen me të rejtat më të fundit nëpërmjet pjesëmarrjes së stafit në trajnime. Niveli i njohurive të infermierëve ndikon në menaxhimin e dhembjes së pacientit dhe në cilësinë e kujdesit të ofruar.

Tërësia e njohurive të përfituara nga burimet e sipërpërmendura ndihmojnë në marrjen e vendimeve klinike dhe zgjidhjen e problemeve duke përdorur qasje sistematike logjike (Buhmann et al., 2020). Çdo infermier siguron njohuritë bazë për identifikimin e dhembjes që shfaqet te pacientë të ndryshëm. Nëpërmjet informacioneve të akumuluar ato identifikojnë mekanizmat fizpatologjikë të cilët shkaktojnë dhembjen dhe janë të aftë të bëjnë një vlerësim të saktë të saj nëpërmjet përdorimit të instrumentave të vlerësimit të dhembjes dhe pyetësorëve të cilët përdoren për llogaritjen e intensitetit të perceptuar nga pacientët. Nëpërmjet këtyre veprimeve infermierët mund të bëjnë një përcaktim të saktë të llojit të dhembjes të shfaqur te këta individë (Glowacki, 2015).

Qëndrimet që mund të kenë infermierët ndaj dhembjes ndikojnë në mënyrën sesi ato ofrojnë kujdesin dhe sesi trajtojnë këta pacientë. Duke u ndikuar nga ajo çfarë ato besojnë apo sesi infermierët mund ta perceptojnë dhembjen interferojnë në mënyrë adekuate ose jo të menaxhimit që realizojnë tek këta pacientë. Stafi infermior nëpërmjet veprimeve të ndryshme mund të realizojnë mbështetjen emocionale të pacientëve dhe t'i bëjnë ato të aftë për të komunikuar për atë çfarë ndjejnë. Pas marrjes së informacionit nga ana e pacientëve mbi mënyrën sesi ato e përjetojnë dhembjen, stafi mund të planifikojë një kujdes të personalizuar i cili mund të përmirësojë gjendjen aktuale të pacientit (Kuhlmann & Tallman, 2022).

2.8.3. Vlerësimi i njohurive dhe qëndrimeve në lidhje me dhembjen

Egzistojnë një sërë studimesh që analizojnë nivelin e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve në lidhje me dhembjen. Këto studime realizohen me qëllim identifikimin e njohurive dhe qëndrimeve të stafit infermior, si dhe evidentimin e mangësive të

këtyre njohurive apo barrierat në qëndrimet adekuate, të cilat mund të ndikojnë negativisht në menaxhimin e duhur të dhembjes. Gjithashtu, ky vlerësim ka për qëllim të nxjerrë në pah rëndësinë e marrjes së informacionit edukativ, i cili synon përmirësimin e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve në lidhje me menaxhimin infermior të dhembjes.

Nga rishikimi i literaturës janë evidentuar mjete të ndryshme të cilat përdoren për të matur njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve në lidhje me dhembjen. Instrumenta të ndryshëm u ekzaminuan me qëllim përzgjedhjen e një mjeti të përshtatshëm i cili do të përmbushte më së miri qëllimin e studimit tonë, si edhe kriteret e vlefshmërisë edhe besueshmërisë të përzgjedhjes së pyetësorëve.

- Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain- Pyetësori i Njohurive dhe Qëndrimeve në Lidhje me Dhembjen (PNJQLDH) - Ky pyetësor është përdorur gjërësisht për të vlerësuar nivelin e njohurive dhe qëndrimeve të stafit mjekësor në lidhje me dhembjen, përfshirë edhe infermierët. Versioni i parë i këtij mjeti është botuar nga Betty R. Ferrell dhe Margo McCaffery në vitin 1987. Gjatë viteve ka pësuar ndryshime për të reflektuar axhornimet në praktikën e menaxhimit të dhembjes. Ky pyetësor përmban aspekte të vlerësimit të dhembjes, ndërhyrjet farmakologjike dhe jofarmakologjike dhe qëndrimet që duhet të kenë stafi i cili merret me menaxhimin e dhembjes. Përmbajtja e tij është e formuluar nga standardet e publikuara të menaxhimit të dhembjes nga Shoqata Amerikane e Dhembjes (APS), OBSH dhe nga Udhëzimet Kombëtare Gjithëpërfshirëse të Kancerit për Dhembjen. Versioni origjinal i PNJQLDH i publikuar është i validuar psikometrikisht dhe ka një nivel besueshmërie test-ritest dhe të konsistencës së brendshme të lartë. Ky instrument duke matur nivelin e njohurive dhe qëndrimeve që ka stafi mjekësor mbi menaxhimin e dhembjes ka si qëllim ndërmarrjen e ndërhyrjeve të duhura të cilat do t'i përmirësojnë ato, por edhe të shërbejë si një masë vlerësimi për programet arsimore (Ferrell & McCaffery, 2014).
- Brockopp-Warden Pain Knowledge/Bias Questionnaire - Pyetësori i njohurive /paragjykimeve për dhembjen Brockopp-Warden është krijuar për të vlerësuar njohuritë dhe paragjykimet apo pikëpamjet e profesionistëve të shëndetit në

lidhje me menaxhimin e dhembjes. U zhvillua në vitin 2004 nga Brockopp dhe kolegët (2004), dhe ka si qëllim identifikimin e mangësive të njohurive që mund të ketë stafi i cili siguron menaxhimin e dhembjes, si edhe ndikimin e paragjytimeve personale mbi praktikën klinike. Ky instrument ndihmon në identifikimin e nevojave që mund të kenë për programe edukuese dhe trajnime, me synim përmirësimin e strategjive menaxhuese në lidhje me dhembjen (Brockopp et al., 2004; Schreiber et al., 2013).

- Evidence-Based Practice - knowledge, attitude, behavior questionnaire (EBP-KABQ)- Pyetësi për njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet lidhur me Praktikën e Bazuar në Dëshmi në lidhje me dhembjen është një mjet i cili përdoret për të vlerësuar njohuritë, qëndrimet dhe sjelljet e profesionistëve të shëndetit në lidhje me menaxhimin e dhembjes, bazuar në udhëzimet e publikuara. Ky pyetësor mund të përdoret për të analizuar se si profesionistët menaxhojnë dhembjen në përputhje me rekomandimet dhe praktikat më të fundit të bazuara në kërkim shkencor. Për t'u zbatuar në kategori të ndryshme të profesionistëve shëndetësor, ky pyetësor kërkon përshtatje sipas qëllimeve të përcaktuara (Shi et al., 2014).

Është e rëndësishme të theksojmë që përdorimi i mjeteve të ndryshme për të kuptuar njohuritë e stafit mjekësor në lidhje me dhembjen do të na ndihmojnë në identifikimin e mangësive dhe shkaktarëve të këtyre deficienteve.

2.8.4. Studimet mbi njohuritë dhe qëndrimet në lidhje me dhembjen

Studimet mbi menaxhimin e dhembjes, me fokus profesionistët mjekësorë, kanë shfaqur interes të madh ndër studiuesit e të gjithave kohërave. Gjatë dekadave të fundit, është vërejtur një rritje e konsiderueshme e hulumtimeve në këtë fushë, e cila ka mundësuar të kuptohet më mirë natyra e dhembjes dhe mënyrat efektive të menaxhimit të saj. Këto studime paraqesin një larmishmëri aspektesh, duke u fokusuar kryesisht në identifikimin e faktorëve që ndikojnë në njohuritë e stafit shëndetësor, edukimin e vazhdueshëm të tyre, përmirësimin e praktikave të

menaxhimin të dhembjes, zgjedhjen e trajtimit të duhur, si dhe aplikimin e qasjeve të integruara.

Në studimet e kohëve të fundit, të cilat kanë përdorur si instrument matës PNJQLDH, është raportuar një nivel i ulët i njohurive të stafit mjekësor, që shpesh çon në menaxhim joadekuat të dhembjes dhe qëndrime negative ndaj pacientëve që vuajnë nga dhembja (Al-Sayaghi et al., 2022; Alkhatib et al., 2020; Chia et al., 2024). Ky fakt është mbështetur edhe nga një rishikim sistematik i publikuar nga Ortiz et al. (2022), mbi njohuritë dhe qëndrimet e stafit mjekësor në lidhje me dhembjen. Në këtë punim në asnjë nga studimet e përfshira nuk rezultoi të kishte nivel njohurish mbi 80%, duke treguar se ekzistojnë mangësi të dukshme në njohuritë dhe qëndrimet e stafit mjekësorë për menaxhimin e dhembjes. Edhe në një rishikim integruar i realizuar mbi njëzet e tetë artikuj, të cilat kishin në fokus njohuritë dhe qëndrimet e studentëve të vitit të fundit të infermierisë, raportuan gjithashtu nivele të ulëta të njohurive. Bazuar në këto rezultate, autorët rekomanduan përmirësimin e programeve edukative, zhvillimin e kurrikulave dhe identifikimin e faktorëve ndikues që kontribuojnë në nivelin e ulët të njohurive mbi menaxhimin e dhembjes (Alshehri et al., 2024).

Janë evidentuar faktorë të ndryshëm prediktorë të niveleve të ulëta të njohurive dhe qëndrimeve joadekuate. Seipajævi et al. (2024) theksuan rëndësinë e nivelit të arsimit të stafit mjekësor dhe përfshirjen e tyre në trajnime të specializuara për menaxhimin e dhembjes. Këto gjetje u bazuan në një studim kuazi-eksperimental pre-post dizajn që realizuan autorët në një spital në Norvegji. Gjatë fazës së parë, pas matjes së njohurive të stafit infermior mbi menaxhimin e dhembjes, u vërejtën vlera të ulëta të njohurive tek të gjithë pjesëmarrësit. Pas kësaj faze, autorët organizuan seanca trajnimi me fokus edukimin e stafit për menaxhim adekuat të dhembjes dhe përfshirjen e modaliteteve të ndryshme të trajtimit. Në fazën e dytë, pas implementimit të trajnimeve, matjet e njohurive të infermierëve treguan një rritje të konsiderueshme të rezultateve krahasuar me matjen e parë. Po ashtu, Liyew dhe kolegët identifikuan nivelin e arsimit të stafit infermior si një faktor ndikues për nivelet e ulëta të njohurive (Liyew et al., 2020). Ky përfundim është mbështetur edhe në punimet e Admassie et al. (2022) dhe Jira et al. (2020), ku përveç nivelit të arsimimit të stafit mjekësor, rezultoi si komponent i rëndësishëm që ndikon në

njohuritë e stafit edhe eksperiencia në punë. Fenta et al. (2023) raportuan se infermierët që punojnë me pacientë që vuajnë nga dhembje kronike dhe intensive zhvillojnë njohuri dhe aftësi më të avancuara për shkak të përvojës së përditshme.

Në një studim mbi vlerësimin e njohurive të infermierëve në lidhje me menaxhimin post-operator të dhembjes, u arrit në përfundim se infermierët të cilët punonin me pacientë që përjetonin dhembje intesive dhe kronike zhvillojnë njohuri dhe kompetenca më të avancuara, falë përvojës së përditshme. Ekspozimi i vazhdueshëm ndaj menaxhimit të dhembjes kontribuon në përmirësimin e aftësive profesionale të stafit infermieror (Dessie et al., 2019).

Nimer & Ghayeb (2017), evidentuan se megjithëse infermierët pjesëmarrës në studim kishin një diplomë të nivelit të lartë rezultuan me nivele njohurish dhe aftësish të papërshtatshme për nivelin e arsimimit që dispononin.

Tagele dhe kolegët raportuan rezultate pozitive në lidhje me njohuritë mbi dhembjen të pjesëmarrësve të studimit të tyre dhe theksuan se niveli i lartë i edukimit ishte një faktor ndikues kryesor në këto rezultate. Duke analizuar pyetjet që morën përgjigje të pasakta, ata rekomanduan përmirësimin e njohurive të stafit infermieror për të eliminuar keqkuptimet, sidomos mbi perceptimin e dhembjes, përdorimin e analgjezisë opioidale, analgjezinë multimodale dhe terapitë jofarmakologjike (Tagele et al., 2023).

Studime të shumta kanë evidentuar se pjesëmarrja në trajnime ose edukimi i vazhdueshëm i stafit mjekësor që merret me pacientë me dhembje, ka një ndikim të dukshëm në përmirësimin e aftësive praktike dhe teorike të tyre. Ky proces mundëson implementimin e metodave më efektive për trajtimin e dhembjes dhe përmirëson cilësinë e ofrimit të kujdesit ndaj këtyre pacientëve (Admassie et al., 2022; Alotaibi et al., 2019; Alnajar et al., 2021; Jira et al., 2020; Utne et al., 2019).

Integrimi i trajnimeve për menaxhimin e dhembjes me përfshirjen e gjithë stafit që merret me pacientët që vuajnë nga dhembja dhe implementimi i programeve edukative në praktikën mjekësore, u sygjera gjithashtu nga Salim et al. (2019) dhe Shahriary et al. (2015).

Në një studim të Hroch et al. (2019) mbi njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve në lidhje me menaxhimin e dhembjes, u raportua nivel i lartë njohurish. Megjithatë, nga përgjigjet e tyre u vu re se pjesëmarrësit kishin marrë pjesë në trajnime të mëparshme mbi menaxhimin e kancerit para se të plotësonin pyetësonin. Ky rezultat thekson rëndësinë e përfshirjes në trajnime, e cila klasifikohet si një faktor kyç që ndikon në nivelin e njohurive të stafit mjekësor.

Në një review të publikuar nga Achaliwie et al. (2023), ku u shyrtnuan tridhjetë e tre studime mbi ndikimin e edukimit në njohuritë, qëndrimet dhe praktikave të infermierëve lidhur me menaxhimin e dhembjes, u arrit në përfundimin se është thelbësore të realizohet përditësimi i vazhdueshëm i trajnimeve në lidhje me metodat e menaxhimit të dhembjes. Edukimi u identifikua si një mjet i rëndësishëm për përmirësimin e njohurive të infermierëve dhe për adaptimin e qëndrimet dhe praktikave të tyre në menaxhimin e dhembjes.

Samara et al. (2024) dhe Brant et al. (2017) sygjjuan përfshirjen e trajnimeve dhe programeve edukative në të gjithë stafin mjekësor që punon me pacientët që përjetojnë dhembje. Megjithatë, për të përfutur njohuri dhe qëndrime adekuate të stafit, është e rëndësishme që materialet edukative të mbështeten në udhëzues të botuar, të cilët janë të bazuar në prova dhe kërkime shkencore.

Rritja e numrit të studimeve dhe rëndësia e zhvillimeve të reja në këtë fushë theksojnë domosdoshmërinë e përmirësimit të njohurive dhe praktikave të infermierëve për të ofruar kujdes cilësor dhe efektiv për pacientët që vuajnë nga dhembja.

Është e rëndësishme të përmendet se njohuritë e dobëta për menaxhimin e dhembjes tek profesionistët e kujdesit shëndetësor mund të përftohen si rezultat i orëve të pakta akademike të imponuara, numri i vogël i kurseve akademike dhe mungesa e udhëzimeve globale në lidhje me këtë temë në shkolla, spitale, institute dhe kurrikulat universitare (Watt-Watson et al., 2004, Marun et al., 2020). Rrjedhimisht, programet pedagogjike për dhembjen duhet të rriten dhe përmirësohen dhe të zbatohen programet e edukimit të vazhdueshëm pasuniversitar.

2.8.5. Protokollet e menaxhimit të dhembjes

Menaxhimi i dhembjes kërkon një qasje të integruar dhe ndërdisiplinore, ku një vlerësim gjithëpërfshirës është thelbësor për planifikimin e ndërhyrjeve të përshtatshme për pacientët që përjetojnë këtë fenomen. Ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të mbështeten në udhëzime që përfshijnë metodat farmakologjike dhe jofarmakologjike të menaxhimit të dhembjes, të bazuara në prova më të mira të disponueshme, si klinike ashtu edhe kërkimore. Këto udhëzime duhet të jenë të zbatueshme për të gjithë stafin multidisciplinar, duke siguruar një menaxhim të sigurt dhe efektiv, dhe të jenë të aplikueshme për të gjitha kategoritë e pacientëve. Vlen të theksohet se profesionistët shëndetësorë duhet të koordinojnë trajtimet e tyre dhe jo t'i realizojnë ato paralelisht, me qëllimin e përmbushjes së nevojave individuale të pacientëve. Menaxhimi do të konsiderohet si adekuat nëse pacienti përjeton një lehtësim të dukshëm të pragut të dhembjes (Manigold et al., 2023). Disa udhëzues të publikuar viteve të fundit për metodat e menaxhimit të dhembjes:

Në vitin 2020, OBSH publikoi udhëzimet për menaxhimin e dhembjes kronike te fëmijët. Qëllimi i këtyre udhëzimeve është të ndihmojë shtetet anëtare të OBSH-së dhe partnerët e tyre në zhvillimin dhe zbatimin e politikave, rregulloreve, protokolleve dhe praktikave më të mira të bazuara në prova për menaxhimin e dhembjes tek fëmijët. Këto rekomandime përfshijnë të gjitha aspektet e kujdesit klinik, duke përfshirë planifikimin, implementimin dhe realizimin e ndërhyrjeve fizike, psikologjike dhe farmakologjike. Sipas këtyre linja guidave rekomandohet një vlerësim gjithëpërfshirës për planifikimin dhe realizimin efektiv të ndërhyrjeve. Si një komponent i këtij vlerësimi, ofruesit e kujdesit shëndetësor duhet të përdorin mjete të përshtatshme, të cilat duhet të jenë të adaptuara sipas moshës, kontekstit dhe kulturës për të monitoruar dhe kontrolluar intensitetin e dhembjes dhe ndikimin e saj në cilësinë e jetës. Për më tepër, nevojat, niveli arsimor, kulturor dhe social i fëmijës duhet të adresohen si pjesë e planit të menaxhimit të kujdesit (World Health Organization, 2020).

American College of Physicians and the American Academy of Family Physicians në gusht të 2020 publikoi udhëzuesit mbi menaxhimin jofarmakologjik dhe farmakologjik të dhembjes akute. Këto guideline ishin të orientuara drejt një

qasjeje të integruar dhe të aplikueshme për gjithë ekipin multidisciplinar, duke u fokusuar në pacientët që përjetojnë dhembje akute të shkaktuara nga dëmtimet muskuloskeletore. Këto rekomandime sygjerman që të merrej parasysh përpara fillimit të trajtimit ashpërsia e dëmtimit dhe intoleranca e pacientëve ndaj terapive të ndryshme. Si terapi e linjës së parë për këta pacientë, sugjerohet përdorimi i AIJS lokale. Po ashtu, opsionet jofarmakologjike të rekomanduara përfshijnë akupresurën specifike ose TENS. Sipas këtyre udhëzimeve, përdorimi i opioidëve nuk rekomandohet si trajtim i linjës së parë për pacientët me dhembje akute nga dëmtimet muskuloskeletore (Qaseem et al., 2020).

Në dhjetor të vitit 2021, American Society for Pain Management Nursing publikoi udhëzuesin “Menaxhimi i dhembjes procedurale: Rekomandime të praktikës klinike”. Këto udhëzime ofrojnë rekomandime për menaxhimin e sigurt dhe efektiv të dhembjes tek pacientët, sidomos pas ndërhyrjeve kirurgjikale, duke respektuar të drejtën e pacientëve për t’iu siguruar një kujdes efektiv dhe në përputhje me preferencat e tyre. Gjithashtu, rekomandohet që ofruesit e kujdesit shëndetësor, kryesisht infermierët, si dhe organizatat e kujdesit shëndetësor, të adoptojnë ndërhyrje të integruara për menaxhimin e dhembjes gjatë procedurave. Është përgjegjësi e të gjithë ekipit të sigurojë përshkrimin dhe përdorimin e sigurt të opioideve në të gjitha fazat e kujdesit. Paneli i ekspertëve inkurajon infermierët klinikë, veçanërisht ata që administrojnë opioide, të konsultohen me udhëzimet më të fundit për përshkrimin e opioideve për procedurat kirurgjikale të zakonshme (Wrona et al., 2021).

International Association for the Study of Pain publikoi në janar të vitit 2022 “Clinical Practice Guidelines”. Këto janë udhëzime për praktikën klinike në mënyrë që t’iu sigurojë pjesëtarëve të kujdesit shëndetësor informacion të bazuar në fakte për praktikat më të mira. Janë të bazuara në një rishikim sistematik të provave dhe vlerësimin e alternativave të kujdesit për të optimizuar përfitimet për pacientët dhe për të reduktuar dëmet. Në kontekstin e trajtimit të dhembjes, ofrojnë udhëzime të qarta për ndërhyrje efektive dhe bazuar në prova, duke ndihmuar në reduktimin e ndërhyrjeve joefektive dhe të pasigurta. Këto udhëzime janë të rëndësishme për përmirësimin e cilësisë, dhe efikasitetit të kujdesit shëndetësor, duke ofruar një përvojë më të mirë për pacientët dhe përmirësuar efikasitetin në sistemet klinike. Përdoruesit dhe drejtuesit që planifikojnë të zbatojnë këto guideline duhet t’iu qasen atyre në mënyrë kritike dhe të marrin parasysh se kush i ka zhvilluar ato dhe nëse

procesi i zhvillimit ka përmbushur treguesit e përcaktuar të cilësisë. (International Association for the Study of Pain, 2022)

Në nëntor të vitit 2022, Centers for Disease Control and Prevention publikoi "Udhëzimin e Praktikës Klinike për Përcaktimin e Opioideve për Dhembje". Ky udhëzues përmban rekomandime për stafin mjekësor që ofron kujdes ndaj dhembjes, të cilët përshkruajnë dhe administrojnë opioide. Ai përfshin sygjerrime për menaxhimin e dhembjes në periudha të ndryshme kohore: dhembje akute (kohëzgjatja prej <1 muaj), subakute (kohëzgjatja prej 1-3 muaj) dhe kronike (kohëzgjatja prej >3 muaj). Udhëzimi thekson përdorimin e ndërhyrjeve jofarmakologjike joinvazive, të cilat janë të dëshmuara se përmirësojnë dhembjen dhe funksionin e organizmit, pa shkaktuar dëmtime serioze dhe me efekte të vogla deri në ato të moderuara. Këto ndërhyrje mund të realizohen nga një grup i gjerë profesionistësh shëndetësorë, përfshirë klinikistët, infermierët, fizioterapistët, psikologët dhe të gjithë stafin mbështetës. Megjithatë, udhëzuesi gjithashtu nënvizon rrezikun e dëmtimeve serioze, përfshirë përdorimin pa kriter të opioideve dhe mbidozimin e tyre, gjatë trajtimit afatgjatë. Ndërprerja e opioideve pas periudhave të gjata mund të jetë sfiduese për pacientët dhe stafin, dhe zvogëlimi ose ndërprerja e opioideve në pacientët që i kanë marrë për një kohë të gjatë mund të shoqërohet me rreziqe klinikisht të rëndësishme (Dowell et al., 2022).

2.8.6. Barrierat për menaxhimin adekuat infermieror të dhembjes

Bazuar në studime të shumta, barrierat për menaxhimin infermieror adekuat të dhembjes mund të grupohen në katër domene kryesore: barrierat e lidhura me njohuritë e infermierëve, barrierat në lidhje me pacientët, barrierat e lidhura me ekipin multidisciplinar dhe barrierat e lidhura me sistemin (Kwon, 2014; Lin et al., 2014; Mediani et al., 2017; Twycross dhe Collins, 2011).

Njohuritë e pamjaftueshme rreth vlerësimit të dhembjes dhe menaxhimit të saj, vonesa në marrjen e vendimeve dhe ndërhyrjeve për trajtim, besimet ose perceptimet e infermierëve që mund të çojnë në keqkuptimet në lidhje me menaxhimin adekuat, gjithashtu vështirësitë që shfaqen në aplikimin e medikamenteve opioidë janë pengesat më të rëndësishme të menaxhimit efektiv të dhembjes që shfaqen në rradhët

e infermierëve (Hamdan, 2019; Lewis et al., 2015; Viera et al., 2016). Barrierat për menaxhim adekuat shoqërohen edhe me probleme në vlerësim, duke qenë që dhembja ka një natyrë subjektive dhe përcaktohet si variabël që mund të matet vetëm kur raportohet nga personi që e përjeton (Swann, 2021). Sipas literaturës, faktorë kryesorë që çojnë në kujdesin joadekuat infermieror janë identifikuar: vlerësimi i dobët i pragut të dhembjes, vonesa në ndërhyrje dhe njohuria e pakët e personelit infermieror (Lewis et al., 2015; Owusu et al., 2017).

Komunikimi joefektiv midis personelit infermieror dhe pacientëve mund të çojë në mungesë besimi dhe respekti nga ana e këtyre të fundit. Kjo gjë do të mund të ndikojë në ndërhyrjet që aplikojnë infermierët, pasi mund të mos marrin informacionin e duhur nga pacientët (Mediani et al., 2017). Komunikimi joefektiv mund të shërbejë si barrierë edhe midis stafit mjekësor, duke ndikuar në kufizimet e punës dhe dështim të ndërhyrjeve duke mos i planifikuar në mënyrë adekuate (Gault et al., 2016; Shoqirat, 2014). Mungesa e bashkëpunimit rezulton në ulje të kënaqësisë në punë, rritje të kostove të kujdesit shëndetësor dhe në moskoordinim të punës midis tyre (Elsous et al., 2017). Ngarkesa e punës dhe mungesa e kohës rezultojnë si pengesë në menaxhimin dhe trajtimin e dhembjes (Al-Mahrezi, 2017).

Në Shqipëri ka një numër të kufizuar studimesh për menaxhimin e dhembjes. Një studim i botuar në prill të vitit 2024, i financuar nga Agjencia Kombëtare e Kërkimit Shkencor dhe Inovacionit (AKKSHI), trajton barrierat e menaxhimit të dhembjes në spitalet rajonale në jug të Shqipërisë. Ky hulumtim ka identifikuar disa faktorë të cilët pengojnë menaxhimin efektiv të dhembjes. Së pari, personeli mjekësor nuk e konsideron dhembjen si prioritet, pasi fokusohet kryesisht në trajtimin e sëmundjes. Gjithashtu, mungesa e njohurive të personelit mbi menaxhimin e dhembjes dhe ngarkesa e madhe e punës, duke shkaktuar mungesë kohe, janë evidentuar si pengesa të tjera. Besimet e gabuara se metodat jofarmakologjike janë joefikase dhe mungesa e materialeve për këto trajtime, janë gjithashtu faktorë që ndikojnë negativisht në menaxhim adekuat të dhembjes (Graci, 2024).

Teta et al. (2024) publikoi një studim mbi eksperiencat e menaxhimit të dhembjes së infermierëve të repartit të urgjencës, dhe identifikoi katër kategori sfidash të rëndësishme që përballen stafi infermieror gjatë punës së tyre: mungesa e bashkëpunimit me pacientët, mbingarkesa e punës, mungesa e stafit kompetent dhe

mungesa e materialeve të nevojshme. Mungesa e bashkëpunimit me pacientët është një faktor pengues në menaxhimin e dhembjes, pacientët nuk janë të gatshëm të bashkëpunojnë me stafin ose nuk shprehin në mënyrën e duhur atë që ndjejnë. Ngarkesa e punës bën që menaxhimi i dhembjes të paraqesi vështirësi, pasi shpesh kërkohet të veprohet me shpejtësi, duke rritur mundësinë për gabime. Stafi infermieror mund të ketë vështirësi për të trajtuar pacientët në mënyrë të duhur nëse nuk janë mjaftueshëm të trajnuar ose nuk kanë përvojën e nevojshme. Për më tepër, mungesa e materialeve të nevojshme, si pajisjet për ekzaminime invazive, pengon ofrimin e kujdesit të duhur, duke detyruar infermierët të veprojnë pa mundësi të plotë për diagnoza të sakta (Teta et al., 2024a).

Në një studim të publikuar në vitin 2016 nga Xhindoli dhe kolegët mbi vlerësimin e njohurive të profesionistëve të kujdesit shëndetësor mbi kujdesin paliativ, të kryer në spitalin e Vlorës, u evidentuan disa pengesa të cilat ndikonin në dhënien e këtij kujdesi. Ky hulumtim vuri në pah mungesën e bashkëpunimit të stafit multidisciplinar. Rezultatet pohuan se dhembja te këta pacientë menaxhohej në bazë të vlerësimit subjektiv të stafit dhe jo në protokollet e menaxhimit të dhembjes. Niveli i njohurive të profesionistëve shëndetësorë rezultoi i ulët, gjithashtu u shfaq si një pengesë në trajtimin e duhur të këtyre pacientëve, mospërdorimi dhe mosnjohja e metodave të vlerësimit të dhembjes (Xhindoli et al., 2016).

Evidentimi dhe eliminimi i këtyre faktorëve që ndikojnë në menaxhimin dhe trajtimin e dhembjes dhe për pasojë çojnë në qëndrime joadekuate të profesionistëve shëndetësorë, do të ndikojë në rritjen e efikasitetit dhe do të përmirësojë dhënien e kujdesit për këta pacientë.

Kapitulli III

QËLLIMI DHE METODOLOGJIA

3.1. Qëllimi i studimit dhe objektivat

3.1.1. Qëllimi

Qëllimi i këtij studimi ishte të vlerësonte njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve në lidhje me menaxhimin e dhembjes.

3.1.2. Objektivat

- Identifikimi i nivelit të njohurive dhe qëndrimeve në lidhje me menaxhimin e dhembjes të infermierëve që punojnë në Spitalin Rajonal “Xhaferr Kongoli”, Elbasan.
- Evidentimi i korrelacionit që kanë këto karakteristika me të dhënat socio-demografike.
- Identifikimi i faktorëve ndikues në mënyrën sesi infermierët menaxhojnë pacientët me dhembje.
- Formulimi dhe hartimi i rekomandimeve për një menaxhim sa më adekuat, i bazuar në udhëzimet më të fundit të publikuara me qëllim rritjen e cilësisë së kujdesit ndaj kësaj popullate.

3.1.3. Hipotezat e studimit

- Hipoteza I: “Niveli i njohurive të infermierëve mbi menaxhimin e dhembjes është nën nivelin e duhur”.
- Hipoteza II: “Niveli i njohurive ndikon në qëndrimet e infermierëve ndaj menaxhimit të dhembjes”.
- Hipoteza III: “Qëndrimet e infermierëve ndaj menaxhimit të dhembjes mund të vlerësohen mesatarisht të drejta”.

- Hipoteza IV: “Eksperienca e punës nuk ndikon në nivelin e njohurive të infermierëve ndaj menaxhimit të dhembjes”.
- Hipoteza V: “Pjesëmarrja në trajnime ndikon në njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve mbi dhembjen”.

3.2. METODOLOGJIA

3.2.1. Lloji i studimit/Metoda kërkimore

Studim kuantitativ, cross-sectional (transversal), i cili u përdor për të vlerësuar prevalencën e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve ndaj menaxhimit të dhembjes. U përzgjedh modeli i studimit transversal pasi ndihmon në mbledhjen e të dhënave nga një popullatë e caktuar në një periudhë të caktuar kohore, duke na dhënë informacione rreth një situatë në atë moment (Kesmodel, 2018).

3.2.2. Periudha kohore e studimit

Realizimi i plotë i studimit, deri në hartimin përfundimtar të këtij raporti, është realizuar për një periudhë afërsisht 3 vjeçare, maj 2022 - prill 2025. Duke u bazuar në kalendarin e aktiviteteve të dorëzuar në fillim të doktoraturës, ky studim u nda në 3 faza.

Faza e parë u fokusua në rishikimin e literaturës mbi mënyrën e menaxhimit adekuat të dhembjes, gjetjen dhe adaptimin e një pyetësoi që do na shërbente si një instrument matës për të përmbushur më së miri qëllimin e studimit. Në fund të fazës së parë përfituam versionin në gjuhën shqipe të pyetësoit i cili u përdor në këtë studim.

Faza e dytë u realizua përgjatë viteve 2023 - 2024. Filloi me shpërndarjen dhe plotësimin e pyetësoit në popullatën e përzgjedhur. U hartua një databazë e cila përmbledhi në mënyrë të sintetizuar të gjitha përgjigjet e pyetësorëve dhe u analizuan të dhënat e marra.

Faza e tretë përfshiu interpretimin e rezultateve të marra nga analiza statistikore dhe përfundoi me shkrimin e këtij disertacioni.

3.2.3. Popullata e synuar dhe kampioni

Popullata e synuar për realizimin e studimit ishte stafi infermieror i Spitalit Rajonal “Xhaferr Kongoli”, Elbasan, i cili punon në dhënien e kujdesit ndaj pacientëve të hospitalizuar, që operon në shtrimet ditore apo dhe shërbimet e urgjencës.

Spitali Rajonal i Elbasanit është i ndarë në 9 shërbime: Patologji, kardiologji, Orl, neurologji, gjinekologji - obsetrikë, kirurgji, infektiv, urgjencë, dhe pediatri (Kujdesi Shëndetësor - Bashkia Elbasan). Sipas të dhënave të marra nga arshiva e spitalit rajonal “Xhaferr Kongoli”, në muajin qershor 2023 ka pasur në përbërje një ekip prej 589 personash, duke përfshirë mjekë të specializuar, staf infermieror dhe personel administrativ. Numri i stafit infermieror të punësuar në të gjitha shërbimet e këtij spitalit, gjatë periudhës ku ne kemi filluar me shpërndarjen e pyetësorëve, ka qënë 270 infermierë.

Mostra është jo probabilitare, e qëllimshme ose me konvenciençë. Kampioni i përzgjedhur përfaqëson zonën specifike të fokusit të kërkimit me karakteristikat kryesore të popullatës së synuar. Në këtë monstër u aplikuan kriteret e përfshirjes dhe përjashtimit të popullatës së synuar, të cilat janë përcaktuar që në fillim të studimit.

3.2.3.1. Kriteret e përfshirjes:

- Staf infermieror i Spitalit Rajonal “Xhaferr Kongoli” Elbasan, që punon në dhënien e kujdesit ndaj pacientëve të hospitalizuar.
- Stafi infermieror që operon në shtrimet ditore apo në shërbimet e urgjencës.

3.2.3.2. Kriter përjashtues:

- Infermierët të cilët kanë më pak se një vit pune.

3.2.4. Llogaritja e mostrës minimale

Për të llogaritur madhësinë minimale të kampionit të nevojshëm në studim, të cilët do të përfaqësonin më së miri popullatën e synuar, u përdor formula Slovin. Kjo formulë përdoret në studimet transversale në ato raste kur popullata ka një numër të kufizuar,

por studiuesit nuk kanë njohuri mbi sjelljen e popullatës për të përcaktuar madhësinë optimale të kampionit (Adhikari, 2021). Në statistika, formula e Slovin-it përdoret për të llogaritur madhësinë minimale të kampionit të nevojshëm për të vlerësuar një statistikë bazuar në një kufi të pranueshëm gabimi.

Llogaritja e mostrës minimale për studimin tonë sipas formulës Slovin:

$$n = N / (1 + Ne^2)$$

Ku **n** është numri i kampionimit, **N** përfaqëson popullatën totale (270 në studimin tonë), dhe **e** ka të bëjë me tolerancën ndaj gabimeve (error tolerance). Për të përcaktuar tolerancën ndaj gabimeve është përdorur formula e mëposhtme:

$$e = 100\% - \text{niveli i besimit (confidenc level)}$$

Niveli i besimit që një mostër të jetë sa më përfaqësuese varion nga 90%-99%, më shpesh i përdorur është niveli i besimit 95%. Nga kjo na rezulton që:

$$e = 100\% - 95\%$$

$$e = 5\%; e = 0,05$$

Pasi u përcaktua toleranca ndaj gabimeve, llogaritëm numrin minimal të kampionit, që do na duhej për të zhvilluar studimin tonë.

$$n = N / (1 + Ne^2)$$

$$n = 270 / (1 + 270 \times 0,05^2)$$

$$n = 161.19402985$$

Një rezultat i tillë do të thotë se, për të qenë përfaqësues i popullatës së synuar dhe për të përfituar rezultate të besueshme, ky studim duhet të përfshijë minimalisht 161 individë në kampionin e tij.

3.2.5. Instrumenti

Instrumenti i përdorur për mbledhjen e të dhënave është i hartuar në dy seksione. Seksioni i parë përmban një anketë të shkurtër, të vetëstrukturuar, e cila ka pyetje mbi

të dhënat demografike dhe përvojat personale dhe profesionale mbi menaxhimin e dhembjes. Ky seksion do të na japë informacion për karakteristika të përgjithshme dhe eksperiencat e përfituara të infermierëve mbi menaxhimin e dhembjes. Në këtë anketë përfshihen pyetje mbi: gjininë, moshën, nivelin e arsimimit, eksperiencën në punë dhe repartin në të cilin punojnë.

Në seksionin e dytë është përdorur pyetësi "Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain", version i botuar i vitit 2014 nga Ferrell dhe McCaffery (2014), i cili përdoret gjërësisht për të vlerësuar nivelin e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve në lidhje me dhembjen (Shtojca 1).

3.2.6. Pyetësi i përzgjedhur

Pyetësi i përzgjedhur për mbledhjen e të dhënave, "Pyetësi i Njohurive dhe Qëndrimeve në Lidhje me Dhembjen" (PNJQLDH), u përshtat dhe u përkthye në gjuhën shqipe për një përdorim sa më efektiv në gjuhën tonë (Ferrell & McCaffery, 2014). Autorët e këtij pyetësi kanë publikuar një leje të hapur për ta përdorur dhe përshtatur mjetin për kërkime shkencore në vende të ndryshme të botës, duke vendosur si referencë linkun e bashkangjitur në lejen e hapur (Shtojca 2). Versioni i parë i këtij pyetësi u botua në vitin 1987, u rishikua më vonë nga autorët në 2008 dhe pësoi ndryshimet e fundit në rishikimin që u publikua në vitin 2014. Ky i fundit është versioni përfundimtar i publikuar, i cili përdoret gjërësisht për të identifikuar njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve në lidhje me menaxhimin e dhembjes në mënyrë që të ndërhyhet në përmirësimin e tyre. PNJQLDH përmban në total 41 pyetje, ku 22 pyetje janë me zgjedhje dikotomike me alternativa "E vërtetë/E gabuar", 15 pyetje me alternativa të shumëfishta dhe 2 raste studimore me nga 2 pyetje secila, të cilat vlerësojnë qëndrimet e infermierëve ndaj ndërhyrjeve për dhembjen. Pyetësi përmbledh aspekte të vlerësimit të dhembjes, ndërhyrjet farmakologjike dhe jofarmakologjike dhe qëndrimet që duhet të kenë infermierët mbi menaxhimin e saj. Ai është i strukturuar në katër domene kryesore; pyetje në lidhje me dhembjen nga kanceri (P05, P23, P25, P28, P30), vlerësimi i dhembjes (P01, P02, P03, P04, P12, P31, P32, P38A, P39A), farmakologji (P06, P07, P08, P09, P10, P11, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P21, P24, P26, P27, P29, P34, P37, P38b, P39b), dhe abuzimi me

substancat e marra dhe varësia fizike (P20, P22, P33, P36). Përmbajtja e tij është e formuluar duke u bazuar në udhëzimet e publikuara për menaxhimin e dhembjes nga APS, OBSH dhe Udhëzimet Kombëtare Gjithëpërfshirëse të Kancerit për Dhembjen (Ferrell & McCaffery, 2014).

Versioni origjinal në anglisht i pyetësores është vërtetuar psikometrikisht, duke demonstruar një nivel besueshmërie test - ritest prej $r > 0,80$ dhe një besueshmëri të konsistencës së brendshme prej $r = 0,70$, duke e bërë atë një instrument shumë të vlefshëm për përdorim (Ferrell & McCaffery, 2014). Pyetësores është përkthyer dhe validuar në disa vende të ndryshme dhe përdoret gjërësisht edhe në këto versione. Versioni grek i PNJQLDH u publikua në 2002 (Tafas et al., 2002), versioni italian në 2006 (Catania et al., 2006), versioni islandez në 2016 (Gretarsdottir et al., 2016) dhe versioni spanjoll më 2019 (Zuazua-Rico et al., 2019). Në Shqipëri, në dijeninë tonë, nuk ekzistonte një version i përkthyer dhe i validuar i këtij pyetësores.

3.2.7. Procesi i përshtatjes ndërkulturore dhe validimi i pyetësores në gjuhën shqipe

Për përdorimin në gjuhën shqipe ishte e nevojshme të bëhej përshtatja ndërkulturore dhe validimi i PNJQLDH.

Përshtatja ndërkulturore u bë sipas udhëzuesit të Beaton, i cili konsiston në 5 etapa të ndryshme: përkthim, sintezë/përmbledhje, përkthim përsëri në anglisht, rishikim i versioneve të dorëzuar duke përpiluar një version final dhe testimi pilot në një numër të kufizuar pjesëmarrësish (Beaton et al., 2000).

➤ Përkthimi.

Hapi i parë konsistoi në përkthimin dhe përshtatjen në gjuhën shqipe të pyetësores. U përkthyen të gjitha pyetjet e pyetësores nga dy folës të gjuhës amtare dhe që kuptonin anglishten. Versionet e përkthyera u rishikuan nga dy persona të tjerë, të cilët bënë modifikimet e nevojshme duke përshtatur fjalët për t'u kuptuar sa më lehtë. Njëri nga rishikuesit ishte me profesion farmacist dhe kuptues i mirë i anglishtes, i cili përshtati emrat farmaceutikë të barnave

që përdoren në Shqipëri, por që kishin të njëjtin princip aktiv si barnat e përmendura në pyetësin bazë. Secili përkthyes dorëzoi në fund një raport me shkrim të përkthimit të bërë, duke nënvizuar pasigurinë dhe frazat që mund të hasnin problem në përshtatje. U bënë disa sygjerrime për disa fjalë të tilla si: në vend të shkurtimeve “PO” u përdor si fillim fjalia sqaruese “administrim në rrugë orale” e ndjekur më pas nga shkurtimi, u përdor fjala “e njëjtë” në vend të fjalës “e barabartë” tek shpjegimi i termit termit të ekuianalgjesisë. U përdor fjala “vlerësues” në vend të termit “gjykues”. U shpjegua me fjali shkurtimi i përdorur në versionin origjinal “mg q1h PRN” me “çdo një orë kur është e nevojshme”.

➤ Sinteza.

Hapi i dytë kishte të bënte më përmbledhjen e dy versioneve të përkthyer paraprakisht për të evidentuar mospërputhjet, dhe për të përpiluar një version paraprak në shqip.

➤ Përkthim përsëri në anglisht.

Hapi i tretë konsistoi në përkthimin përsëri në anglisht të versionit paraprak të pyetësit në gjuhën shqipe. Ky përkthim u realizua nga dy njohës të mirë të gjuhës angleze dhe që nuk kishin parë më përpara pyetësin origjinal të pyetësit. Kjo procedurë u bë për arsye të kontrollit të vlefshmërisë, duke nënvizuar mospërputhjet ose gabimet e termave në përkthim. Të dyja versionet e ripërkthyer në anglisht u dorëzuan së bashku me raportet përfundimtare të plotësuara nga përkthyesit.

➤ Përpilimi i pyetësit final.

Në hapin e katërt u ripanë edhe njëherë versionet e dorëzuara së bashku me raportet e secilit përkthyes. Autorët pas sintezës së kryer nga të gjitha versionet e dorëzuara arritën të përpilojnë një version paraprak të pyetësit për testimin në terren.

➤ Testimi i versionit final.

Hapi i pestë dhe i fundit kishte të bënte me një testim pilot në një numër të kufizuar pjesëmarrësish, për të vlerësuar dhe për të parë ekuivalencën e termave dhe përshtatjen kulturore, në mënyrë që PNJQLDH të ishte i kuptueshëm nga popullata e zgjedhur. Versioni final paraparak u testua në një kampion pjesëmarrësish prej njëzet e pesë infermierëve të reparteve të kirurgjisë dhe urgjencës së Spitalit Rajonal të Elbasanit “Xhaferr Kongoli”. Pyetësi iu shpërnda në mënyrë elektronike nëpërmjet platformës online Google Form gjatë muajve janar - shkurt 2023. Para plotësimit, ata u informuan mbi arsyen e studimit tonë dhe qëllimin e plotësimit të pyetësit dhe morën aprovimin e tyre për ta plotësuar. Në fund të pyetësit të anketuarit kishin në dispozicion një hapësirë ku i kërkohej të shënonin nëse kishin komente mbi interpretimin dhe kuptueshmërinë e termave dhe fjalive.

3.2.7.1. Analiza statistikore e studimit pilot

Të dhënat socio-demografike u analizuan duke përdorur analizën deskriptive: mesatarja dhe devijimi standard (SD) u përdorën për të përshkruar të dhënat e vazhdueshme (p.sh., mosha, eksperiencia në punë), dhe frekuenca (n) dhe përqindja (%) për të dhënat kategorike (p.sh., gjinia, niveli i edukimit, reparti në të cilin punojnë dhe pjesëmarrja në trajnime në lidhje me dhembjen).

Për të vlerësuar besueshmërinë, vlefshmërinë e përmbajtjes dhe saktësinë e formulimit të pyetjeve u matën koeficienti i konsistencës së brendshme dhe korrelacioni i përgjithshëm i elementeve (item total correlation).

Alfa Cronbach u përdor si koeficient i konsistencës së brendshme, ndërsa për të evidentuar saktësinë dhe kuptueshmërinë e pyetjeve u përdor korrelacioni i përgjithshëm i elementeve (Streiner, 2003).

3.2.7.2. Rezultatet e testimit të pyetësorit

Versioni paraprak final i PNJQLDH, u përpilua nga autorët nëpërmjet sintezës së bërë nga versionet që dorëzuan përkthyesit, duke riparë edhe komentet e raporteve të dorëzuara. Në testimin pilot morën pjesë 25 infermierë të Spitalit Rajonal të Elbasanit “Xhaferr Kongoli”, trembëdhjetë prej të cilëve punonin në repartin e kirurgjisë dhe dymbëdhjetë në urgjencë (Tabela 1). Nga përgjigjet e marra në testimin pilot u evidentua se nuk nevojiteshin ndryshime të tjera, pasi te pjesa e komenteve që të anketuarit kishin në dispozicion, vetëm njëri prej tyre kishte shënuar disa komente të vogla, të cilat nuk ndikonin në vlefshmërinë e pyetësorit.

Tabela 1. Të dhënat socio-demografike të studimit pilot

Gjinia, n, %	16 femra, 9 meshkuj	64% femra, 36% meshkuj
Mosha, mesatarja, SD	~42.3 vjeç	5.8
Reparti në të cilin punojnë, n, %	Trembëdhjetë- Kirurgji	52%
	Dymbëdhjetë- Urgjencë	48%
	Shtatë pjesëmarrës-	20%
Niveli i edukimit, n, %	Bachelor në Infermieri	
	Dhjetë- Master Shkencor	50%
	Tetë-Master Profesional.	30%
Eksperieca në punë, mesatarja, SD	~14 vjeç	3.08
Keni marrë pjesë në ndonjë trajnim në lidhje me dhembjen? n,%	Njëzet pjesëmarrës- Po	80%
	Pesë pjesëmarrës- Jo	20%

Alfa Cronbach e versionit Shqip të PNJQLDH rezultoi me vlerë 0.73, duke e bërë këtë pyetësor të besueshëm dhe të vlefshëm. Korrelacioni i përgjithshëm i elementeve rezultoi 0.32, përgjigje kjo, e cila konstaton një kuptueshmërinë të mirë të pyetjeve (Tabela 2).

Tabela 2. Testi i besueshmërisë dhe vlefshmërisë së PNJQLDH

Cronbach Alfa	0.73
Item total correlation	0.32

3.2.7.3. Konkluzioni i studimit pilot

PNJQLDH në gjuhën shqipe shërben si një mjet i vlefshëm për të matur njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve ndaj menaxhimit të dhembjes. Në bazë të rezultateve mbi besueshmërinë dhe vlefshmërinë e tij, të marra nga testimi pilot në një kampion të vogël infermierësh rezultoi se përdorimi i tij për të plotësuar qëllimin tonë është efektiv (Teta et al., 2024b). Ky pyetësor do të ndihmojë në ofrimin e një pasqyre të qartë mbi boshllëqet e njohurive në lidhje me menaxhimin e dhembjes dhe në hartimin e një plani për të plotësuar këto mangësi.

3.2.8. Procedura e mbledhjes së të dhënave të studimit

Mbledhja e të dhënave të studimit u realizua pasi u përfitua versioni në shqip i PNJQLDH. Para plotësimit të pyetësorëve, pjesëmarrësve iu shpjegua qëllimi i studimit tonë, duke i garantuar dhe ruajtjen e anonimitetit dhe konfidencialitetit, bazuar edhe në ligjin aktual në Republikën e Shqipërisë “Për Mbrojtjen e të Dhënave Personale” (Ministria e Arsimit dhe Sporti, 2008). Gjithashtu iu shpjegua fakti që nuk duhet të linin asnjë pyetje pa përgjigje, pasi të gjithë pyetësorët të cilët nuk do të ishin plotësuar plotësisht do të përjashtoheshin nga studimi. Administrimi i pyetësorëve u realizua përmes shpërndarjes në mënyrë të drejtpërdrejtë, në formë të printuar. Pyetësorët iu shpërndanë 270 infermierëve të cilët ishin aktualisht në punë në spitalin e Elbasanit gjatë periudhës Qershor - Shtator 2023.

3.2.9. Analiza statistikore

Analiza e të dhënave u realizua pas mbledhjes së pyetësorëve të plotësuar. Arritëm të mbledhnim 245 pyetësorë nga 270 që u shpërndanë fillimisht, duke rezultuar në një shkallë të përgjigjes afërsisht 90%. Të gjitha të dhënat u hodhën fillimisht në programin Microsoft Exel, për efekt të pastrimit dhe filtrimit të tyre dhe për formimin e një databaze e cila do të përmbledhete në mënyrë të sintetizuar të gjitha përgjigjet. Pas verifikimit dhe kontrollit të të dhënave, u eliminua çdo pyetësor i cili nuk përmbushte kushtet e studimit tonë. Gjashtëmbëdhjetë anketa nuk u përfshin në studim, njëmbëdhjetë prej tyre ishin të plotësuar nga infermierë me më pak se një vit pune dhe pesë të tjerë nuk ishin plotësuar plotësisht. Për realizimin e analizës statistikore, përgjigjet e 229 pyetësorëve, u eksportuan nga Microsoft Exel në programin statistikor Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Të dhënat e studimit u analizuan me programin statistikor SPSS, versioni 20.0.

- Të dhënat demografike dhe rezultatet e instrumentit të PNJQLDH janë përmbledhur duke përdorur statistika deskriptive.
- Për të testuar shpërndarjen e variablave të vazhduar është përdorur testi Kolmogorov - Smirnov.
- Variablat e vazhduar janë paraqitur si mesatare dhe deviacion standard (SD); mosha e pjesëmarrësve, vitet e eksperiencës.
- Variablat kategorike janë paraqitur si frekuencë absolute dhe përqindje; gjinia, niveli arsimor, reparti ku punojnë, trajnimet e kryera mbi menaxhimin e dhembjes.
- Për krahasimin e proporcioneve ndërmjet variablave kategorike është përdorur testi hi-katror.

Autorët e instrumentit të përdorur, Ferrell dhe McCaffery (2014), për të llogaritur nivelin e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve kanë rekomanduar të mos bëhet ndarja midis pyetjeve që përkojnë në matjen e njohurive apo qëndrimeve, por të analizohen si rezultate totale për të përshkruar të dyja këto aspektet.

- Rezultatet e përfituara nga PNJQLDH janë analizuar duke llogaritur pikët e përgjithshme për secilin pjesëmarrës, të shprehura në përqindje. Përqindja e

përgjigjeve të sakta është llogaritur duke i dhënë 1 pikë secilës pyetje të përgjigjur saktë dhe 0 pikë çdo pyetje të përgjigjur gabim. Rezultati total është konsideruar si shuma e të gjitha pyetjeve të përgjigjura saktë nga pjesëmarrësit.

- Secila nga seksionet që përmban instrumenti i përzgjedhur paraqitet individualisht për të shfaqur pikët mesatare të shprehur në përqindje për secilën pyetje.
- Janë përdorur testet jo parametrike, Mann Whitney dhe testi Kruskal Wallis, për krahasimin e mesatareve të variablave të vazhduar dhe përqindjes së pyetjeve me përgjigje të sakta.
- Është përdorur analiza e regresionit logjistik multivariat me metodën backward stepwise për përcaktimin e faktorëve prediktorë për nivel të ulët të njohurive. Për këtë arsye, është kryer dikotimizimi i përqindjes së pyetjeve me përgjigje të sakta duke u klasifikuar si nivel i ulët $\leq 50\%$ dhe nivel i mirë $> 50\%$.
- Sinjifikanca statistikore është përcaktuar për $p \leq 0.05$.
- Testet statistikore janë të dyanshme.

3.2.10. Variablat e analizuara

Në studim janë përdorur dy lloje të variablave; të vazhdueshëm dhe kategorikë.

Gjinia, variabël kategorik.

Mosha, variabël i vazhdueshëm.

Kualifikimi/Niveli arsimor, variabël kategorik.

Reparti ku punojnë, variabël kategorik.

Vite eksperience, variabël i vazhdueshëm.

Kategorizimi i viteve të punës (≤ 10 , 11-20, 21-31, >30), variabël kategorik.

Trajnimet mbi menaxhimin e dhembjes, variabël kategorik.

Niveli i njohurive mbi dhembjen, variabël kategorik.

3.2.11. Konsiderata etike

Deklarohet se të gjitha procedurat e këtij studimi janë kryer në përputhje me standardet etike të përcaktuara në Deklaratën e Helsinkit të vitit 1975, rishikuar në vitin 2000. Ky studim është kryer duke u bazuar në marrëveshjen për veprimtari akademike dhe shkencore të Universitetit të Elbasanit "Aleksandër Xhuvani", Fakulteti i Shkencave Mjekësore dhe Teknike (Nr. Prot.: 2023) dhe Qendrës Spitalore "Xhaferr Kongoli" Elbasan (Nr. Prot.: 1562), viti 2023 - 2024.

Pjesëmarrja ishte vullnetare dhe pjesëmarrësit mund të tërhiqeshin në çdo kohë, përpara se të dorëzonin përgjigjet e tyre. Përpara mbledhjes së të dhënave pjesëmarrësve iu shpjegua qëllimi i studimit dhe u informuan që të gjitha të dhënat do të përdorreshin vetëm për të përmbushur qëllimin e këtij studimi. Iu sigurua ruajtja e konfidencialitetit dhe anonimitetit, duke u mbështetur në ligjin nr.120/2014 "PËR MBROJTJEN E TË DHËNAVE PERSONALE", në mbështetje të neneve 78 dhe 83 pika 1 të Kushtetutës së Shqipërisë (Ministria e Arsimit dhe Sporti, 2008). U shpjegua se asnjë pyetje personale nuk është e përfshirë në studim për të mos ndikuar në identifikimin e pjesëmarrësve. Gjithashtu iu konfirmua fakti se rezultatet e këtij studimi do prezantoheshin në grup, duke mos ndikuar kjo gjë në identifikimin e tyre. Të dhënat u trajtuan në mënyrë konfidenciale dhe çdo pjesëmarrës u kodua me numër. Pëlqimi i informuar është marrë nga të gjithë infermierët e përfshirë në studim.

KAPITULLI IV

REZULTATE

Në këtë kapitull janë paraqitur rezultatet e përfituara nga PNJQLDH. Në total u shpërndanë 270 pyetësorë në të gjithë infermierët e Spitalit Rajonal “Xhaferr Kongoli”, Elbasan, nga të cilët na u kthyen 245 pyetësorë të plotësuar (shkalla e përgjigjes 90.7%). Në pyetësorët e mbledhur u aplikuan kriteret e përfshirjes dhe përjashtimit, dhe u eliminuan në total 16 anketa. Analiza statistikore është realizuar për të dhënat e 229 pyetësorëve të cilët përmbushnin më së miri kushtet e studimit tonë.

Të dhënat e analizuar janë të paraqitura në seksione të veçantë: karakteristikat socio-demografike dhe të profesionit; të dhënat mbi seksionin e pyetjeve me zgjedhje dikotomike/binare; të dhënat e pyetjeve me zgjedhje të shumëfishtë; përcaktimi i nivelit mesatar të njohurive; faktorët ndikues në nivelin e njohurive të stafit infermieror.

4.1. Karakteristikat socio-demografike

Karakteristikat socio-demografike të dyqind e njëzetë e nëntë pjesëmarrësve janë paraqitur në tabelën 3. Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve në studim ishin femra, 79.9% ($n = 183$), dhe 20.1% meshkuj ($n = 46$), ($p < 0.01$). Të anketuarit ishin të grupmoshave të ndryshme, me përfaqësim të moshës minimale 24 vjeç dhe maksimale 63 vjeç. Mosha mesatare e tyre ishte 40.1 vjeç, $SD \pm 10.9$ (Grafiku 1).

Përsa i përket kualifikimit arsimor mbizotërojnë pjesëmarrësit me master shkencor $n = 117$ (51.1%), të ndjekur nga master profesional me 60 individë (26.2%) dhe bachelor në Infermieri me 52 pjesëmarrës (22.7%) ($p < 0.01$).

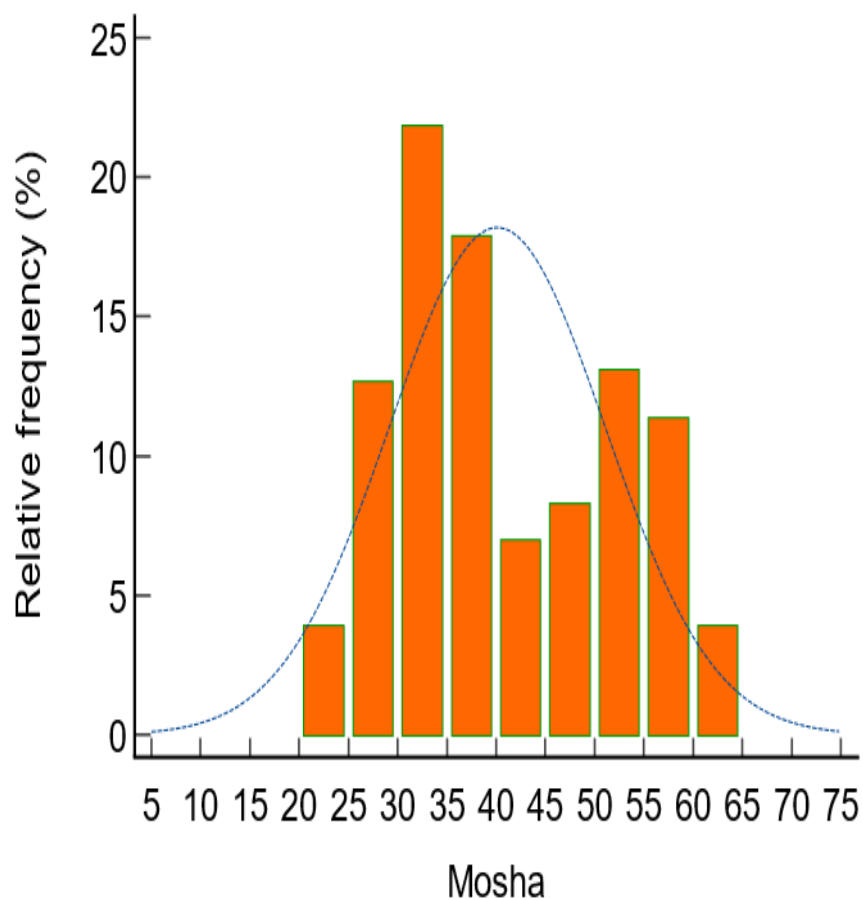
Përqindja më e madhe e infermierëve punojnë në repartin e Urgjencës (14.8%), ndjekur më pas nga reparti i Kirurgjisë (11.4%), Pediatria (9.6%), Pediatri/Reanimacion (7.9%), Pathologji (7.9%) dhe pjesa e mbetur punojnë në repartet e tjera ($p < 0.01$).

Eksperienca mediane e viteve të punës së stafit infermieror është 10 vjet, e cila varion me vlera minimale dhe maksimale përkatësisht nga 1 vit deri në 45 vjet. Shumica e individëve pjesëmarrës në studim, 120 (52.4%) ka ≤ 10 vjet eksperiencë pune, ndjekur nga 42 infermierë (18.3%) me 11-20 vite, 33 infermierë (14.4%) me 21-30 vite dhe 34 e infermierëve (14.8%) më shumë se 30 vite ($p < 0.01$).

Tabela 3. Karakteristikat socio-demografike dhe te profesionit

Variablat	N	%	p
Gjinia			<0.01*
Femër	183	79.9	
Mashkull	46	20.1	
Mosha, M (SD), range	40.1 (10.9)	24-63	
Kualifikimi/niveli arsimor			<0.01*
Bachelor në Infermieri	52	22.7	
Master Profesional	60	26.2	
Master Shkencor	117	51.1	
Reparti ku punojnë			<0.01*
Gjinekologji	6	2.6	
Infektiv	9	3.9	
Kardiologji	11	4.8	
Kirurgji	26	11.4	
Kirurgji/Ortopedi	8	3.5	
Kirurgji/Reanimacion	9	3.9	
Maternitet	5	2.2	
Neonatologji	11	4.8	
Neurologji	12	5.2	
Obsetrikë	8	3.5	
ORL	11	4.8	
Pathologji I+II	18	7.9	
Pediatri	22	9.6	
Pediatri/Infektiv	2	0.9	
Pediatri/Reanimacion	18	7.9	
Salla Operatore-Maternitet	6	2.6	
Urgjencë	34	14.8	
Urgjencë/Pediatri	13	5.7	
Vite eksperience			<0.01*
≤ 10	120	52.4	
11-20	42	18.3	
21-30	33	14.4	
>30	34	14.8	
Vite eksperience M (SD), range	14.9 (11.96)	1-41	

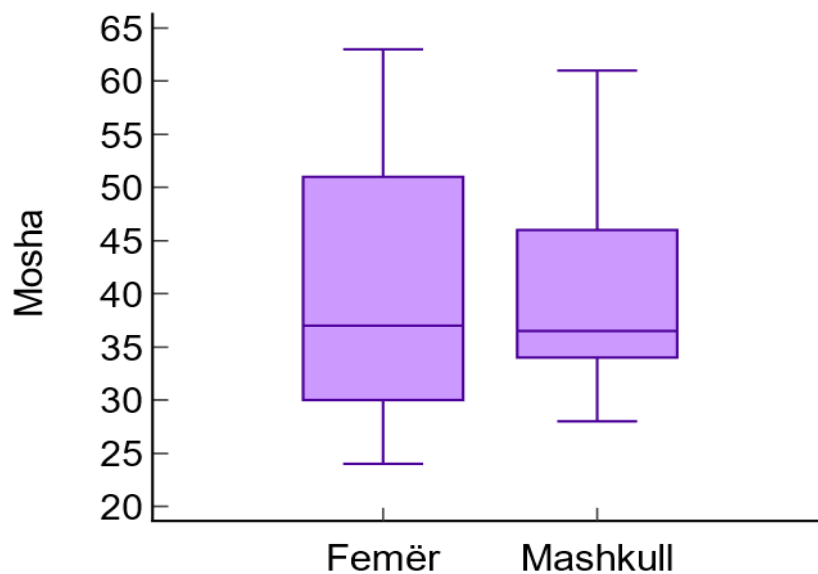
*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)



Grafiku 1. Histogrami i moshës së pjesëmarrësve

Vihet re një dominim i gjinisë femërore në studim, me moshë mesatare 40.1 vjeç, $SD \pm 11.4$, ndërsa e mosha mesatare e meshkujve është 40.2 vjeç, $SD \pm 8.8$ vjeç, pa ndryshim sinjifikant ndermjet tyre (Grafiku 2).

Dominimi i gjinisë femërore mendohet se vjen si pasojë e kërkesës më të lartë që ka kjo popullatë për këtë profesion.



Grafiku 2. Krahësimi i moshës mesatare sipas gjinisë

Tabela 4. Frekuenca e trajnimeve të zhvilluara mbi menaxhimin e dhembjes

Trajnime	N	%	<i>p</i>
Jo	41	17.9	<0.01*
Po	188	82.1	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Nga analiza e të dhënave u evidentua që shumica e të anketuarve, 188 infermierë (82.1%), kanë marrë pjesë në trajnime dhe seminare të zhvilluara në lidhje me menaxhimin e dhembjes, ndërsa 41 infermierë (17.9%) nuk kanë kryer asnjë trajnim apo seminar mbi menaxhimin e dhembjes, me ndryshim sinjifikant midis dy grupeve ($p < 0.01$) (Tabela 4).

4.2. PNJQLDH - SEKSIONI I - PYETJET ME ZGJEDHJE DIKOTOMIKE

Në këtë seksion janë paraqitur të dhënat e marra nga pjesa e parë e PNJQLDH, ku kemi të bëjmë me pyetje me alternativa dikotomike. Gjithashtu, janë identifikuar lidhjet sinjifikante midis karakteristikave socio-demografike dhe nivelit të njohurive të stafit infermieror në këtë pjesë të pyetësorit.

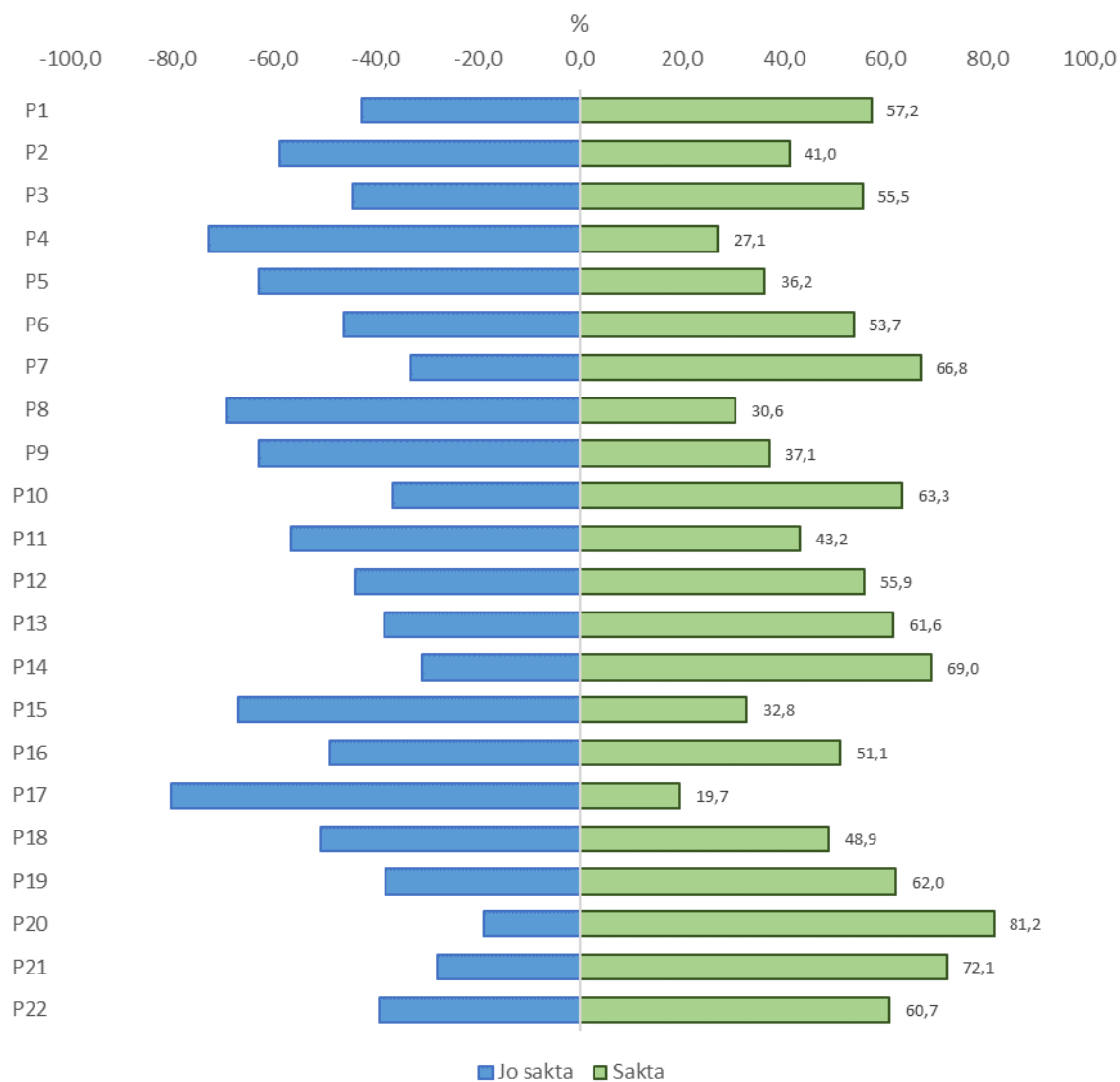
Tabela 5. Frekuenca e pohimeve të sakta të pyetjeve dikotomike

Pyetjet	Jo e saktë		E saktë		p
	N	%	N	%	
1.Shenjat vitale janë gjithmonë tregues të besueshëm të intensitetit të dhembjes së pacientit.	98	42.8	131	57.2	0.03*
2.Fëmijët nën 2 vjeç kanë ndjeshmëri të ulët të dhembjes dhe kujtesë të kufizuar mbi përvojat e dhembshme, sepse sistemi i tyre nervor është ende i pazhvilluar.	135	59.0	94	41.0	<0.01
3.Pacientët të cilët mund të shpërqendrohen nga ndjesia e dhembjes zakonisht nuk kanë dhembje të forta.	102	44.5	127	55.5	0.09
4.Pacientët mund të flenë pavarësisht dhembjeve të forta	167	72.9	62	27.1	<0.01
5.Aspirina dhe agjentët e tjerë anti-inflamatorë josteroidë Nuk janë analgjezik efektivë kundër dhembjes në metastazat e dhembshme kockore	145	63.3	83	36.2	<0.01
6.Depresioni respirator ndodh rrallë tek pacientët që kanë marrë doza të qëndrueshme të opioideve gjatë një periudhe disamujore	106	46.3	123	53.7	0.2
7.Kombinimi i analgjezikeve që kanë mekanizmëm veprimi të ndryshëm (p.sh., kombinimi i një aijs me një opioid) mund të rezultojë në kontroll më të mirë të dhembjes me më pak efekte anësore sesa përdorimi i një agjenti të vetëm analgjezik	76	33.2	153	66.8	<0.01*
8.Kohëzgjatja e zakonshme e analgjezisë pas administrimit të 1 deri në 2 mg morfinë iv është 4 deri në 5 orë.	159	69.4	70	30.6	<0.01
9.Opioidet nuk duhet të përdoren në pacientët me historik të abuzimit me substancat.	144	62.9	85	37.1	<0.01
10.Pacientët e moshuar nuk tolerojnë marrjen e opioideve për lehtësimin e dhembjes.	84	36.7	145	63.3	<0.01*
11.Pacientët duhet të inkurajohen që të durojnë sa më shumë që të jetë e mundur dhembjen përpara përdorimit të një opioid.	130	56.8	99	43.2	0.04
12.Fëmijët nën 11 vjeç nuk raportojnë në nivel të besueshëm dhembjen, prandaj mjekët duhet të mbështeten vetëm në vlerësimin e prindërve mbi intensitetin e dhembjes së fëmijës.	101	44.1	128	55.9	0.07
13.Besimet spirituale të pacientëve mund t'i shtyjnë ata të mendojnë se dhembja dhe vuajtja janë të nevojshme.	88	38.4	141	61.6	<0.01*
14.Pasi administrimit të një dozë fillestare të analgjezikut opioid, dozat pasardhëse duhet të përshtaten sipas përgjigjes individuale të pacientit.	71	31.0	158	69.0	<0.01*
15.Administrimi me injeksion i ujit steril (placebo) tek pacientët është një test i dobishëm për të përcaktuar nëse	154	67.2	75	32.8	<0.01

dhembja është reale.					
16.Vicodin (hidrokodon 5 mg + acetaminofen 300 mg) e administruar në rrugë orale (PO) është afërsisht ekuivalente me 5-10 mg morfinë PO.	112	48.9	117	51.1	0.7
17.Nëse burimi i dhembjes së pacientit është i panjohur, opioidet nuk duhet të përdoren gjatë periudhës së vlerësimit të dhembjes, sepse kjo mund të maskojë aftësinë për të diagnostikuar saktë shkaktuesin e dhembjes	184	80.3	45	19.7	<0.01
18.Barnat antikonvulsante si gabapentina (Neurontin) shkaktajnë lehtësim optimal të dhembjes pas marrjes së një doze të vetme.	116	50.7	112	48.9	0.8
19.Benzodiazepinat nuk janë lehtësues efektivë të dhembjes dhe rekomandohen rrallë si pjesë e një trajtimi analgjezik	87	38.0	142	62.0	<0.01*
20.Varësia nga lëndët narkotike/opioidet përkufizohet si një çrregullim kronik neurobiologjik i cili karakterizohet nga sjellje që përfshijnë një ose më shumë nga sa vijon: kontroll i dobët mbi përdorimin e drogës, përdorim kompulsiv, përdorim i vazhdueshëm pavarësisht nga dëmi që kanë dhe dëshirë e pakontrolluar.	43	18.8	186	81.2	<0.01*
21.Termi "ekuianalgjezi" do të thotë analgjezi afërsisht e njëjtë dhe përdoret kur i referohemi dozave të analgjezikeve të ndryshëm që ofrojnë përafërsisht të njëjtin nivel lehtësimi të dhembjes.	64	27.9	165	72.1	<0.01*
22.Vlerësimi i nivelit të qetësimit rekomandohet gjatë menaxhimit të dhembjes me opioid, sepse qetësimi/relaksimi i tepërt i paraprin depresionin respirator të shkaktuar nga opioidet	90	39.3	139	60.7	<0.01*

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Tabela 5 paraqet frekuencën dhe përqindjen e përgjigjeve të sakta dhe të pasakta të stafit infermieror pjesëmarrës në studim, për seksionin e parë të PNJQLDH. Ky seksion përmban 22 pyetje me zgjedhje dikotomike. Nga rezultatet e marra vërehet se përqindja më e lartë se 50% e përgjigjeve të sakta mbizotëron në pyetjet: 1, 3, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 22. Në pyetjet: 1, 7, 10, 13, 14, 19, 20, 21 dhe 22 u gjet ndryshim sinjifikant me përgjigjet e pasakta ($p < 0.01$). Përsa i përket pyetjeve 3, 6, 12 dhe 16 nuk u gjet asnjë ndryshim sinjifikant. Në pjesën tjetër të pyetjeve mbizotërojnë përgjigjet e pasakta, me përqindje më të ulët se 50%. Rezultatet e mësipërme janë të ilustruara edhe në grafikun e mëposhtëm (Grafiku 3).



Grafiku 3. Frekuenca e pohimeve të sakta të pyetjeve dikotomike

❖ Vlerësimi i njohurive sipas gjinisë

Tabela 6. Frekuenca e pohimeve të sakta të pyetjeve dikotomike sipas gjinisë

Pyetjet	Femra		Meshkuj		p
	N	%	N	%	
P1	113	61.7	18	39.1	<0.01*
P2	70	38.3	24	52.2	0.08
P3	104	56.8	23	50.0	0.4
P4	46	25.1	16	34.8	0.2
P5	67	36.6	16	34.8	0.8

P6	101	55.2	22	47.8	0.4
P7	128	69.9	25	54.3	0.04*
P8	58	31.7	15	32.6	0.7
P9	67	36.6	18	39.1	0.7
P10	114	62.3	31	67.4	0.5
P11	75	41.0	24	52.2	0.2
P12	97	53.0	31	67.4	0.08
P13	115	62.8	26	56.5	0.4
P14	131	71.6	27	58.7	0.09
P15	57	31.1	18	39.1	0.3
P16	94	51.4	23	50.0	0.9
P17	28	15.3	17	37.0	<0.01*
P18	87	47.5	25	54.3	0.4
P19	110	60.1	32	69.6	0.2
P20	152	83.1	34	73.9	0.1
P21	133	72.7	32	69.6	0.6
P22	114	62.3	25	54.3	0.3

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

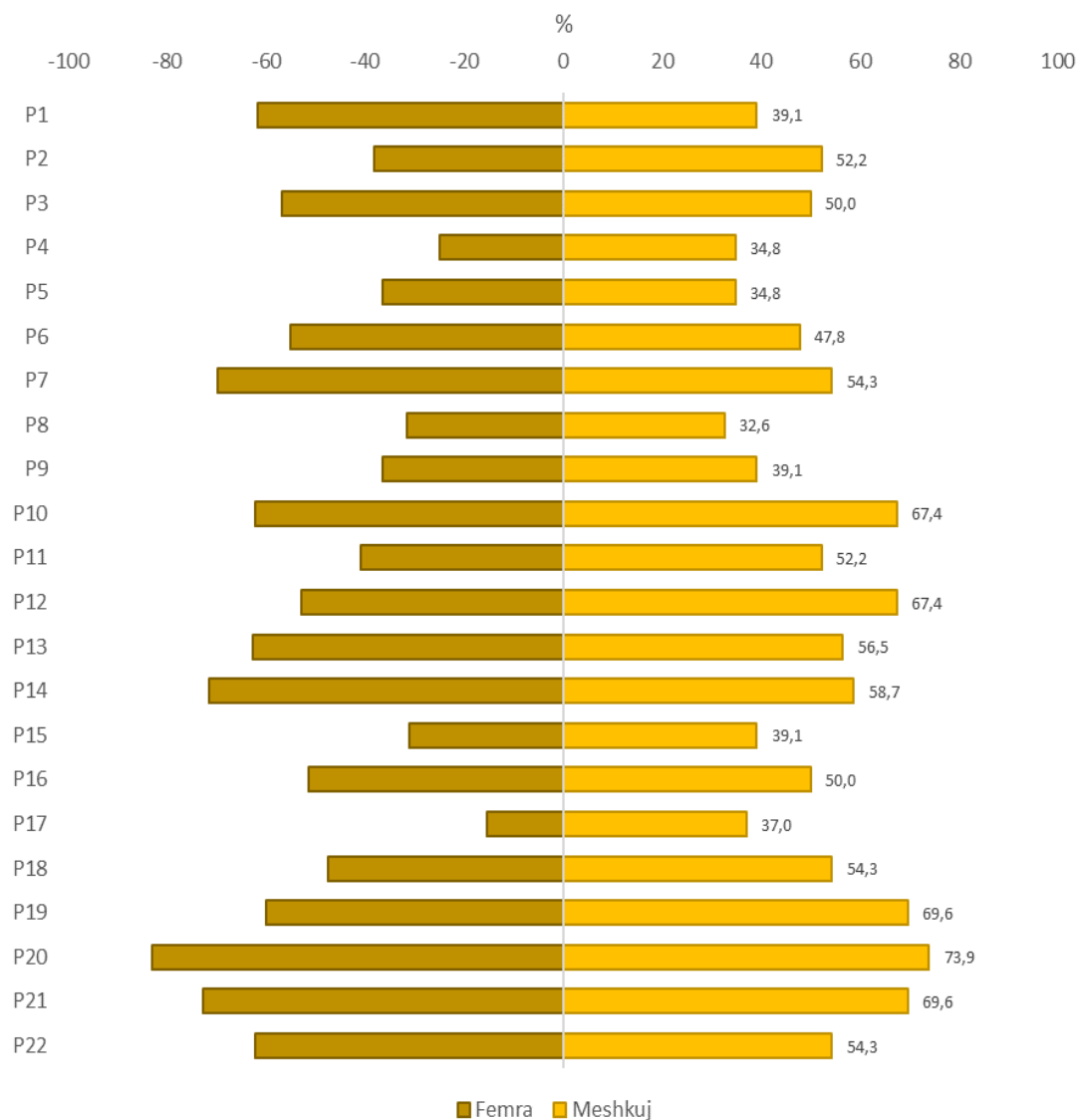
Rezultatet treguan se niveli i njohurive të stafit infermieror, për pjesën e parë të pyetësorit me zgjedhje dikotomike, është pothuajse i njëjtë në ndarjen sipas gjinive (Tabela 6). Nga krahasimi i pohimeve të sakta të pyetjeve të këtij seksioni u gjet ndryshim sinjifikant vetëm në tre pyetje nga njëzet e dy pyetje që ka ky seksion në total ($p \leq 0.05$).

Vlerat e sinjifikancës në nivelin e njohurive të stafit infermieror për pyetjet me zgjedhje binare midis femrave dhe meshkujve ishin; $p < 0.01$ për pyetjen e parë “Shenjat vitale janë gjithmonë tregues të besueshëm të intensitetit të dhembjes së pacientit”, $p = 0.04$ për pyetjen e shtatë “Kombinimi i analgjezikëve që kanë mekanizmëm veprimi të ndryshëm (p.sh., kombinimi i një AIJS me një opioid) mund të rezultojë në kontroll më të mirë të dhembjes me më pak efekte anësore sesa përdorimi i një agjenti të vetëm analgjezik”. Për të dyja këto pyetje ka rezultuar se gjinia femërore ka nivel më të lartë të njohurive.

Pyetja e shtatëmbëdhjetë “Nëse burimi i dhembjes së pacientit është i panjohur, opioidet nuk duhet të përdoren gjatë periudhës së vlerësimit të dhembjes, sepse kjo mund të maskojë aftësinë për të diagnostikuar saktë shkaku të dhembjes” rezultoi me përqindje më të lartë të përgjigjeve të sakta në gjininë mashkullore, me sinjifikancë p

< 0.01 . Për pjesën tjetër të pyetjeve nuk u gjet asnjë ndryshim sinjifikant të nivelit të njohurive midis gjinive.

Frekuenca e pohimeve të sakta sipas gjinive në pjesën e pyetjeve me zgjedhje dikotomike është e ilustruar edhe në grafikun e mëposhtëm (Grafiku 4).



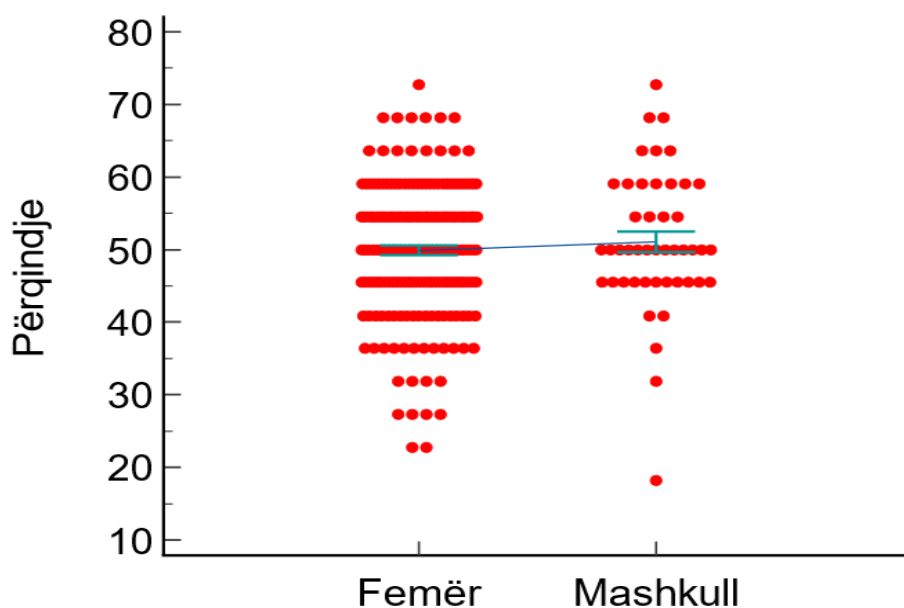
Grafiku 4. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas gjinisë të pyetjeve dikotomike

Tabela 7. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas gjinisë

Gjinia	Frekuenca e pohimeve të sakta (%)		% mesatare	<i>p</i>
	Min	Max		
Femra	27.7	72.7	49.9	0.4
Meshkuj	18.2	72.7	51.1	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Nga analiza e të dhënave rezultoi një nivel mesatar pothuajse i njëjtë i njohurive ndërmjet meshkujve dhe femrave (Tabela 7). Pjesëmarrëset femra në studim i janë përgjigjur saktë mesatarisht 49.9% të pyetjeve me zgjedhje dikotomike, me përfaqësim të vlerës minimale 27.7% dhe të vlerës maksimale 72.7%. Ndërsa pjesëmarrësit të gjinisë mashkullore, kanë një vlerë të frekuencës mesatare të përgjigjeve të sakta afërsisht 51.1%, vlera minimale e përqindjes mesatare 18.2% dhe maksimale 72.7%. Në vlerat e përgjigjeve të sakta të dhëna sipas gjinisë për pjesën e pyetjeve me zgjedhje dikotomike, nuk ka ndryshim sinjifikant midis tyre, $p = 0.4$ (Grafiku 5).



Grafiku 5. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas gjinisë

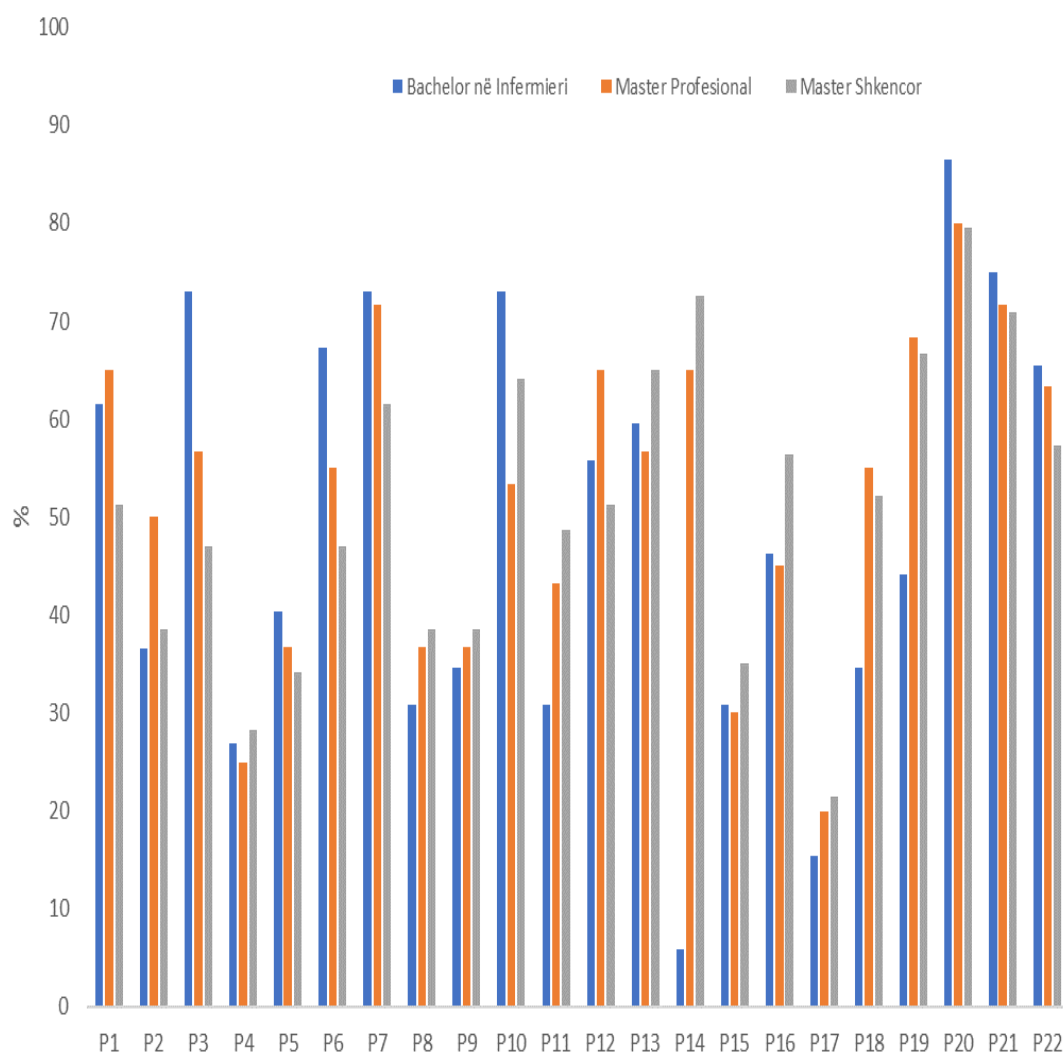
❖ Vlerësimi i njohurive sipas kualifikimit

Tabela 8. Frekuenca e pohimeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas kualifikimit

Pyetjet	Bachelor në Infermieri		Master Profesional		Master Shkencor		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	
P1	32	61.5	39	65.0	60	51.3	0.2
P2	19	36.5	30	50.0	45	38.5	0.3
P3	38	73.1	34	56.7	55	47.0	<0.01*
P4	14	26.9	15	25.0	33	28.2	0.9
P5	21	40.4	22	36.7	40	34.2	0.7
P6	35	67.3	33	55.0	55	47.0	0.04*
P7	38	73.1	43	71.7	72	61.5	0.2
P8	16	30.8	22	36.7	45	38.5	0.4
P9	18	34.6	22	36.7	45	38.5	0.9
P10	38	73.1	32	53.3	75	64.1	0.09
P11	16	30.8	26	43.3	57	48.7	0.09
P12	29	55.8	39	65.0	60	51.3	0.2
P13	31	59.6	34	56.7	76	65.0	0.3
P14	3	5.8	39	65.0	85	72.6	0.5
P15	16	30.8	18	30.0	41	35.0	0.7
P16	24	46.2	27	45.0	66	56.4	0.2
P17	8	15.4	12	20.0	25	21.4	0.7
P18	18	34.6	33	52.1	61	55.0	0.05*
P19	23	44.2	41	68.3	78	66.7	0.01*
P20	45	86.5	48	80.0	93	79.5	0.5
P21	39	75.0	43	71.7	83	70.9	0.8
P22	34	65.4	38	63.3	67	57.3	0.5

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Rezultatet e marra nga analiza statistikore demonstruan se niveli i njohurive i stafit infermieror, për pyetjet dikotomike, është në vlera pothuajse të njëjta në ndarjen sipas nivelit të tyre arsimor (Tabela 8). Ndryshim sinjifikant ($p \leq 0.05$) u gjet vetëm për katër pyetje të kësaj pjese.



Grafiku 6. Frekuenca e pohimeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas kualifikimit

Vlerat e sinjifikancës në pohimet e sakta të stafit infermieror për pyetjet me zgjedhje binare sipas kualifikimit arsimor që ato kanë, ishin; $p < 0.01$ për pyetjen e tretë “Pacientët të cilët mund të shpërqendrohen nga ndjesia e dhembjes zakonisht nuk kanë dhembje të forta”, $p = 0.04$ për pyetjen e gjashtë “Depresioni respirator ndodh rrallë tek pacientët që kanë marrë doza të qëndrueshme të opioideve gjatë një periudhe disamujore”. Në këto dy pyetje stafi që ka diplomë bachelor në Infermieri ka më tepër përgjigje të sakta krahasuar me stafin i cili ka përfunduar masterin profesional dhe masterin shkencor.

Stafi me kualifikim master shkencor ka më tepër përgjigje të sakta për pyetjen tetëmbëdhjetë *“Barnat antikonvulsante si gabapentina (Neurontin) shkaktajnë lehtësim optimal të dhembjes pas marrjes së një doze të vetme”*, në krahasim me pjesëmarrësit të cilët kanë një diplomë bachelor në Infermieri apo master profesional, me ndryshim sinjifikant $p = 0.05$. Edhe në pyetjen nëntëmbëdhjetë *“Benzodiazepinat nuk janë lehtësues efektivë të dhembjes dhe rekomandohen rrallë si pjesë e një trajtimi analgjezik”*, stafi me master shkencor ka më tepër përgjigje të sakta në krahasim me të tjerët, me ndryshim sinjifikant $p < 0.01$.

Për pjesën tjetër të pyetjeve nuk u gjet asnjë ndryshim sinjifikant të nivelit të njohurive sipas kualifikimit arsimor. Rezultatet janë demonstruar edhe në grafikun e mësipërm (Grafiku 6).

Tabela 9. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas kualifikimit

Kualifikimi	Frekuenca e pohimeve të sakta (%)		% Mesatare	p
	Min	Max		
Bachelor në Infermieri	27.3	68.2	50.4	0.3
Master Profesional	22.7	68.2	51.6	
Master Shkencor	18.2	72.7	49.3	

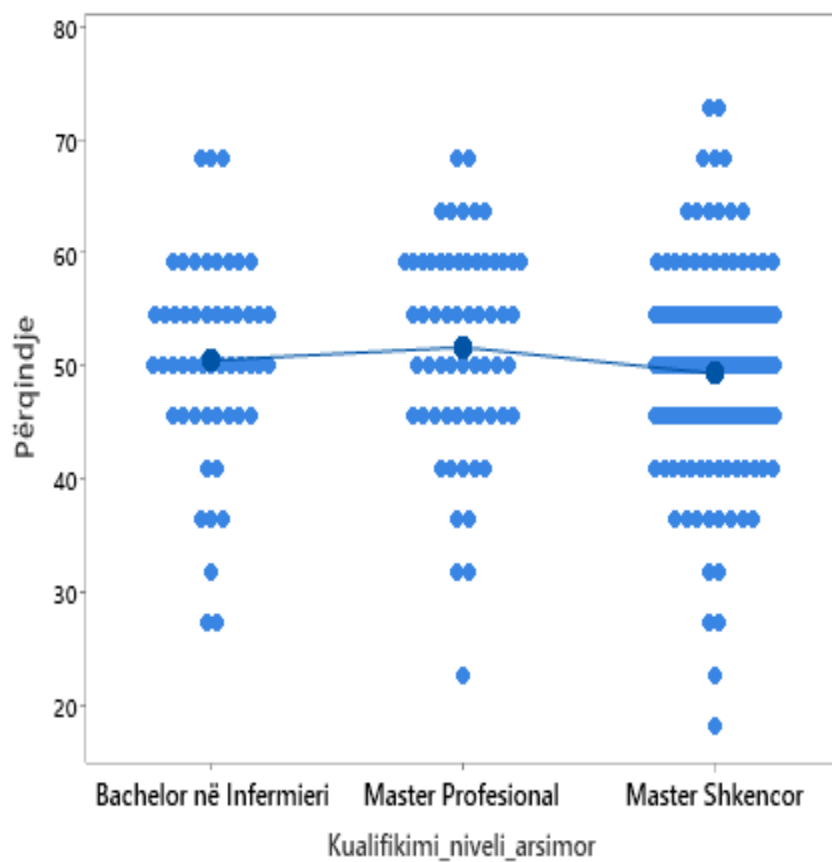
*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas kualifikimit që kanë patur pjesëmarrësit është në vlera të përafërta në të treja kategoritë, pa treguar ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p = 0.3$ (Tabela 9).

Stafi infermieror i cili ka një diplomë bachelor në Infermieri i janë përgjigjur saktë mesatarisht 50.4% të pyetjeve me zgjedhje dikotomike, vlera minimale e përgjigjeve të sakta rezulton 27.3% dhe vlera maksimale 68.2%.

Pjesëmarrësit me kualifikim master profesional kanë një vlerë të frekuencës mesatare të përgjigjeve të sakta 51.6%, vlera minimale e përqindjes mesatare 22.7% dhe maksimale 68.2%.

Stafi infermieror që mori pjesë në studim me master shkencor, i janë përgjigjur saktë mesatarisht 49.3% të pyetjeve, vlera minimale e përgjigjeve të sakta rezulton 18.2% dhe vlera maksimale 72.7% (Grafiku 7).



Grafiku 7. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas nivelit arsimor

❖ Vlerësimi i njohurive sipas reparteve

Tabela 10. Frekuenca e pohimeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas repartit

Pyetjet	Gjinekologji	Infektiv	Kardiologji	Kirurgji	Kirurgji/Ortopedi	Kirurgji/Reanimacion	Maternitet	Neonatalogji	Neurologji	Obstetrikë	ORL	Patologji	Patologji II	Pediatri	Pediatri/Infektiv	Pediatri/Reanimacion	Salla Maternitet	Urgjencë	Urgjencë/Pediatri	P
1	0.0	0.0	81.8	61.5	50.0	22.2	80.0	72.7	10.0	50.0	10.0	10.0	37.5	86.4	50.0	50.0	33.3	11.8	76.9	<0.01*
2	83.3	83.3	63.6	84.6	10.0	22.2	0.0	9.1	33.3	50.0	0.0	10.0	50.0	40.9	50.0	0.0	0.0	32.4	61.5	<0.01*
3	33.3	33.3	27.3	69.2	25.0	0.0	60.0	18.2	25.0	87.5	10.0	10.0	62.5	50.0	0.0	66.7	83.3	64.7	46.2	<0.01*
4	16.7	16.7	9.1	30.8	0.0	0.0	40.0	54.5	8.3	0.0	90.9	0.0	50.0	31.8	0.0	5.6	16.7	29.4	0.0	<0.01*
5	0.0	0.0	0.0	69.2	50.0	11.1	20.0	45.5	33.3	50.0	0.0	0.0	18.8	36.4	50.0	77.8	16.7	41.2	30.8	<0.01*
6	50.0	50.0	36.4	26.9	50.0	33.3	80.0	81.8	75.0	37.5	27.3	0.0	37.5	63.6	0.0	77.8	83.3	73.5	76.9	<0.01*
7	10.0	10.0	90.9	73.1	37.5	88.9	80.0	63.6	75.0	75.0	63.6	10.0	62.5	50.0	50.0	77.8	83.3	64.7	61.5	0.03*
8	0.0	0.0	9.1	53.8	0.0	0.0	0.0	18.2	41.7	12.5	45.5	0.0	31.3	40.9	50.0	0.0	0.0	58.8	53.8	<0.01*
9	0.0	0.0	45.5	65.4	12.5	11.1	80.0	18.2	25.0	25.0	72.7	0.0	37.5	45.5	0.0	11.1	16.7	58.8	15.4	<0.01*
10	83.3	83.3	90.9	50.0	10.0	0.0	40.0	36.4	83.3	12.5	72.7	10.0	43.8	68.2	10.0	83.3	33.3	67.6	84.6	<0.01*
11	16.7	16.7	45.5	46.2	10.0	88.9	20.0	45.5	25.0	62.5	27.3	0.0	43.8	22.7	10.0	27.8	16.7	67.6	30.8	<0.01*
12	16.7	16.7	72.7	73.1	87.5	0.0	0.0	27.3	83.3	12.5	10.0	50.0	37.5	50.0	50.0	33.3	33.3	70.6	61.5	<0.01*
13	83.3	83.3	63.6	42.3	62.5	77.8	60.0	72.7	91.7	37.5	0.0	10.0	56.3	63.6	50.0	77.8	33.3	67.6	53.8	<0.01*
14	10.0	10.0	10.0	88.5	50.0	10.0	80.0	90.9	91.7	62.5	27.3	10.0	62.5	40.9	50.0	55.6	10.0	55.9	46.2	<0.01*
15	33.3	33.3	9.1	42.3	37.5	66.7	20.0	18.2	25.0	50.0	0.0	0.0	43.8	22.7	0.0	50.0	16.7	50.0	23.1	0.01*
16	16.7	16.7	45.5	46.2	75.0	77.8	80.0	81.8	33.3	10.0	72.7	50.0	37.5	50.0	10.0	22.2	66.7	29.4	46.2	<0.01*
17	16.7	16.7	0.0	11.5	25.0	0.0	0.0	9.1	8.3	25.0	0.0	0.0	31.3	22.7	50.0	38.9	16.7	41.2	15.4	0.02*
18	16.7	16.7	54.5	23.1	75.0	77.8	0.0	63.6	75.0	37.5	18.2	10.0	56.3	59.1	50.0	16.7	16.7	64.7	38.5	<0.01*
19	10.0	10.0	90.9	38.5	37.5	88.9	40.0	72.7	83.3	62.5	27.3	10.0	62.5	45.5	0.0	44.4	10.0	76.5	53.8	<0.01*

20	83. 3	83. 3	90. 9	88 .5	75. 0	10 0.0	10 0.0	81 .8	66. 7	87. 5	10 0.0	10 0.0	56 .3	68 .2	50. 0	88 .9	10 0.0	79 .4	61 .5	0.0 7
21	50. 0	50. 0	90. 9	38 .5	10 0.0	10 0.0	10 0.0	81 .8	83. 3	62. 5	10 0.0	10 0.0	62 .5	59 .1	50. 0	83 .3	83. 3	67 .6	61 .5	<0. 01*
22	83. 3	83. 3	90. 9	80 .8	87. 5	10 0.0	10 0.0	63 .6	75. 0	62. 5	81. 8	10 0.0	56 .3	63 .6	10 0.0	22 .2	10 0.0	23 .5	69 .2	<0. 01*

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Në tabelën e mësipërme janë paraqitur frekuencat e pohimeve të sakta për pyetjet dikotomike sipas emërimit të repartit që pjesëmarrësit kanë referuar në pyetësor (Tabela 10). Pasi janë plotësuar pyetësorët nga vetë infermierët, kemi bërë një grupim të reparteve ku ato punojnë, sipas vetëdeklarimit të tyre. Konkretisht, na rezultojnë 19 reparte me emërtime të ndryshme si: gjinekologji, infektiv, kardiologji, kirurgji, kirurgji/ortopedi, kirurgji/reanimacion, maternitet, neonatologji, neurologji, obsetrikë, ORL, patologji, patologji II, pediatri, pediatri/infektiv, pediatri/reanimacion, salla operate - maternitet, urgjencë, urgjencë pediatri.

Nga rezultatet e paraqitura në tabelën e mësipërme vërejmë që frekuencën më të madhe të përgjigjeve të sakta e ka pyetja njëzet *“Varësia nga lëndët narkotike/opioidet përkufizohet si një çrregullim kronik neurobiologjiki cili karakterizohet nga sjellje që përfshijnë një ose më shumë nga sa vijon: kontroll i dobët mbi përdorimin e drogës, përdorim kompulsiv, përdorim i vazhdueshëm pavarësisht nga dëmi që kanë dhe dëshirë e pakontrolluar”*. Të gjitha repartet kanë një përqindje relativisht të lartë të përgjigjeve të kësaj pyetje, por nuk ka sinjifikancë statistikore, $p = 0.07$.

Pyetjet e tjera të cilat kanë një numër të lartë, mbi 50% të përgjigjeve të sakta janë pyetjet; 1, 2, 3, 6, 7, 10, 12, 13, 14, 16, 19, 21, 22. Pjesa tjetër e pyetjeve paraqet një vlerë të ulët të përgjigjeve të sakta, ku me përqindjen më të ulët të përgjigjeve të sakta është pyetja e shtatëmbëdhjetë *“Nëse burimi i dhembjes së pacientit është i panjohur, opioidet nuk duhet të përdoren gjatë periudhës së vlerësimit të dhembjes, sepse kjo mund të maskojë aftësinë për të diagnostikuar saktë shkaku të dhembjes”*.

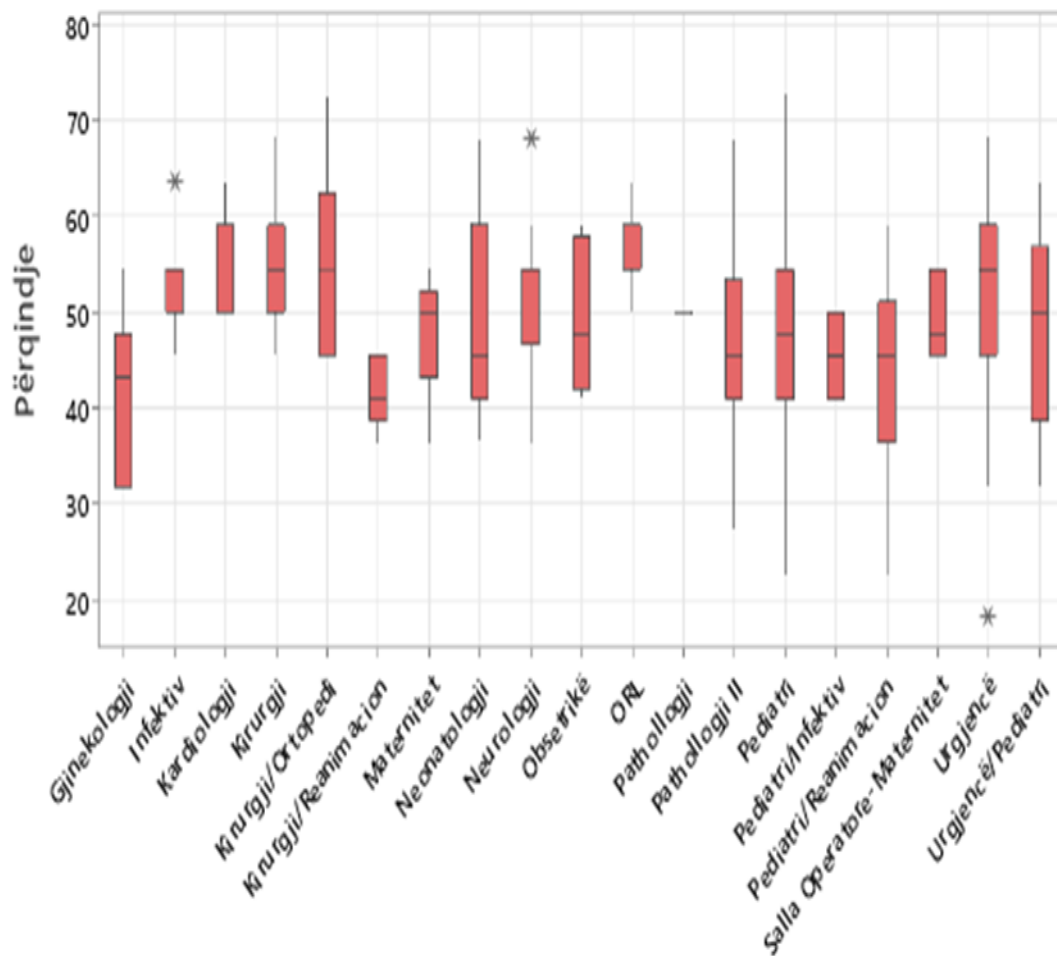
Për çdo pyetje, përveç pyetjes njëzet, u gjet ndryshim sinjifikant ndërmjet reparteve në përqindjen e përgjigjeve të sakta.

Tabela 11. Frekuenca mesatare e përqindjeve të sakta sipas reparteve

Reparti	Frekuenca e pohimeve të sakta (%)		% Mesatare	<i>p</i>
	Min	Max		
Gjinekologji	31.8	54.5	41.7	<0.01*
Infektiv	45.5	63.6	53.0	
Kardiologji	50.0	63.6	53.7	
Kirurgji	45.5	68.2	58.7	
Kirurgji/Ortopedi	45.5	72.7	55.1	
Kirurgji/Reanimacion	36.4	45.5	41.4	
Maternitet	36.4	54.5	48.2	
Neonatologji	36.4	68.2	48.8	
Neurologji	36.4	68.2	52.6	
Obsetrikë	40.9	59.1	49.4	
ORL	50.0	63.6	55.8	
Pathollogji	50.0	50.0	50.0	
Pathollogji II	27.3	68.2	46.3	
Pediatri	22.7	72.7	47.9	
Pediatri/Infektiv	40.9	50.0	45.5	
Pediatri/Reanimacion	22.7	59.1	43.4	
Salla Maternitet	45.5	54.5	49.3	
Urgjencë	18.2	68.2	52.9	
Urgjencë/Pediatri	31.8	63.6	48.2	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Tabela 11 demontron një nivel mesatar të përgjigjeve të sakta në vlera të përafërta të njohurive midis reparteve. Përqindja mesatare e përgjigjeve të sakta të pyetjeve dikotomike varion nga vlera minimale mesatare 41.4% në repartin Kirurgji/Reanimacion, deri në vlerën maksimale mesatare 58.7% në repartin Kirurgji, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre ($p < 0.01$).



Grafiku 8. Frekuenca mesatare e përqindjeve të sakta sipas reparteve

Frekuencat mesatare të përgjigjeve të sakta sipas reparteve të shprehura në përqindje janë ilustruar edhe në grafikun e mësipërm (Grafiku 8). Vërehen variacione të dukshme ndërmjet reparteve, me përqindje më të lartë të përgjigjeve të sakta në repartin e kirurgjisë, ndërsa vlerat më të ulëta regjistrohen në repartet e kujdesit intensiv dhe në Kirurgji/Reanimacion, me ndryshim statistikisht domethënës ndërmjet tyre ($p < 0.01$).

❖ Vlerësimi i njohurive sipas trajnimeve

Tabela 12. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas pjesëmarrjes në trajnime

Pyetjet	Jo		Po		p
	N	%	N	%	
P1	35	85.4	96	51.1	<0.01*
P2	15	36.6	79	42.0	0.5
P3	21	51.2	106	56.4	0.5
P4	14	34.1	48	25.5	0.3
P5	14	34.1	69	36.7	0.7
P6	21	51.2	102	54.3	0.7
P7	32	78.0	131	69.7	0.04*
P8	13	31.7	57	30.3	0.8
P9	16	39.0	69	36.7	0.7
P10	26	63.4	119	63.3	0.9
P11	11	26.8	88	46.8	0.02*
P12	29	70.7	99	52.7	0.03*
P13	31	75.6	110	58.5	0.04*
P14	26	63.4	132	70.2	0.4
P15	6	14.6	69	36.7	<0.01*
P16	24	58.5	93	49.5	0.3
P17	7	17.1	38	20.2	0.6
P18	25	61.0	87	46.3	0.09
P19	27	65.9	115	61.2	0.6
P20	35	85.4	151	80.3	0.4
P21	29	70.7	136	72.3	0.8
P22	29	70.7	110	58.5	0.1

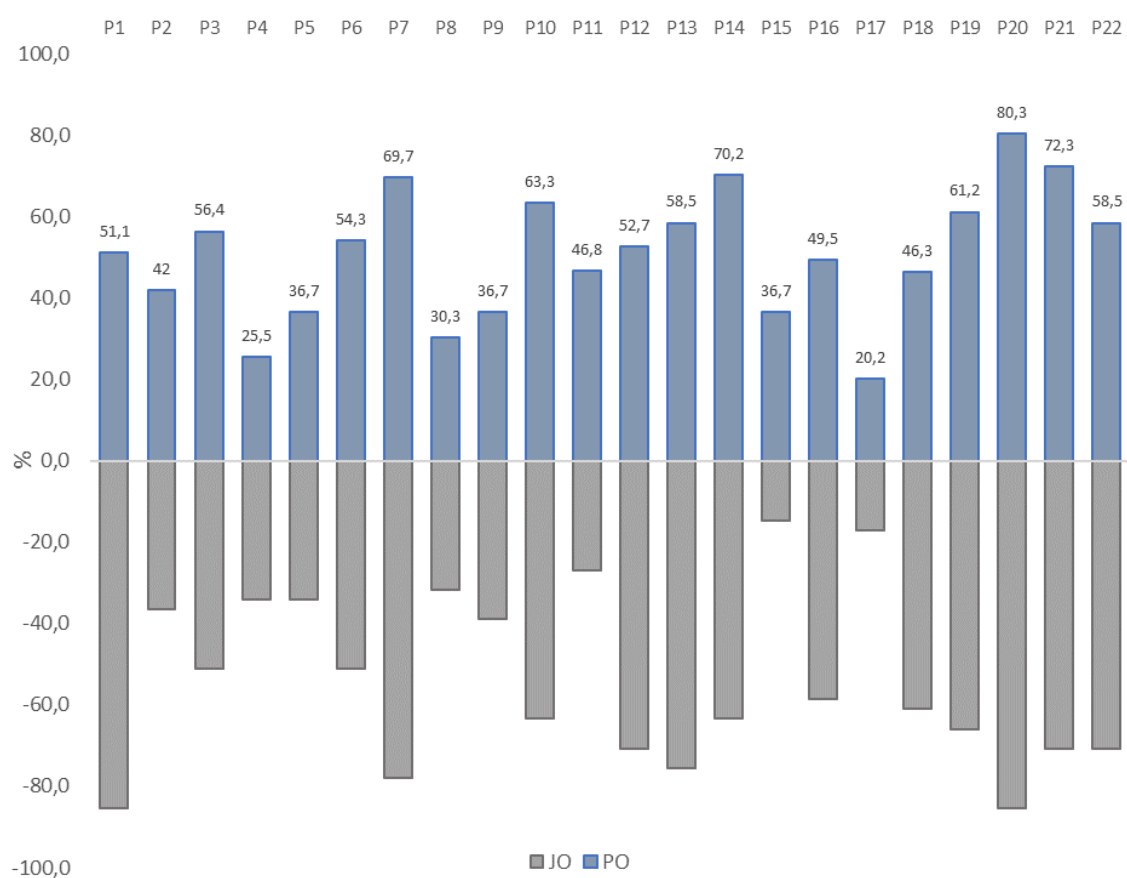
*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Sipas rezultateve në lidhje me nivelin e njohurive të pjesëmarrësve në trajnime, ndryshim sinjifikant për pohimet e sakta u gjet vetëm për dy nga njëzet e dy pyetjet, ose 9.1% të pyetjeve ($p \leq 0.05$) (Tabela 12).

Vlerat e sinjifikancës në nivelin e njohurive të stafit infermieror për pyetjet me zgjedhje binare në lidhje me pjesëmarrjen në trajnime ishin përkatësisht; $p = 0.02$ për pyetjen e njëmbëdhjetë “Pacientët duhet të inkurajohen që të durojnë sa më shumë që

të jetë e mundur dhembjen përpara përdorimit të një opioid”, dhe $p < 0.01$ për pyetjen e pesëmbëdhjetë “Administrimi me injeksion i ujit steril (placebo) tek pacientët është një test i dobishëm për të përcaktuar nëse dhembja është reale”. Për këto pyetje ka rezultuar se stafi që ka marrë pjesë në trajnime ka nivel më të lartë të njohurive.

Pjesëmarrësit, të cilët nuk kanë marrë pjesë në trajnime kanë rezultuar me njohuri më të larta për pyetjet: P1, P7, P12, P13, me ndryshim sinjifikant me stafin që ka kryer trajnime. Në pjesën tjetër të pyetjeve nuk u gjet ndryshim statistikisht i rëndësishëm ndërmjet dy kategorive (Grafiku 9).



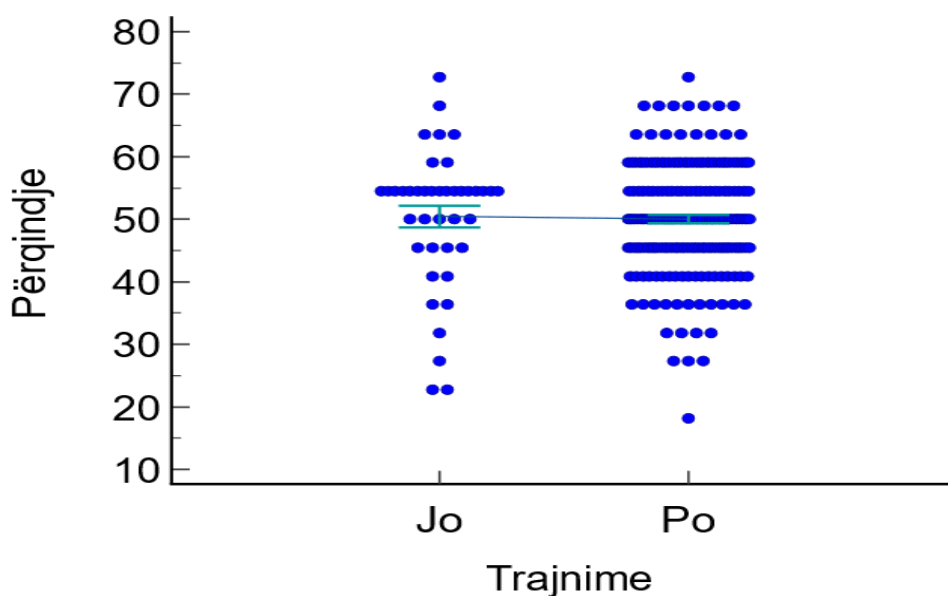
Grafiku 9. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas pjesëmarrjes në trajnime

Tabela 13. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas trajnimeve të kryera

Trajnime	Frekuenca e pohimeve të sakta (%)		% Mesatare	<i>p</i>
	Min	Max		
JO	22.7	72.7	50.4	0.8
PO	18.2	72.7	50.1	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Nga analiza e të dhënave rezultoi një nivel mesatar pothuajse i njëjtë i njohurive ndërmjet pjesëmarrësve të cilët kanë marrë pjesë në trajnime dhe atyre të cilët nuk kanë zhvilluar asnjë trajnim (Tabela 13). Stafi i cili ka zhvilluar trajnime në lidhje me menaxhimin e dhembjes i janë përgjigjur saktë mesatarisht 50.1% të pyetjeve me zgjedhje dikotomike, me përfaqësim të vlerës minimale 18.2% dhe të vlerës maksimale 72.7%. Ndërsa pjesëmarrësit, të cilët nuk kanë marrë pjesë në trajnime, kanë një vlerë të frekuencës mesatare të përgjigjeve të sakta afërsisht 50.4%, vlera minimale e përqindjes mesatare 22.7% dhe maksimale 72.7%. Në vlerat e përgjigjeve të sakta të dhëna sipas trajnimeve të kryera, për pjesën e pyetjeve me zgjedhje dikotomike, nuk ka ndryshim sinjifikant midis tyre, $p = 0.8$. Rezultatet janë të ilustruara edhe në grafikun e mëposhtëm (Grafiku 10).



Grafiku 10. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas trajnimeve

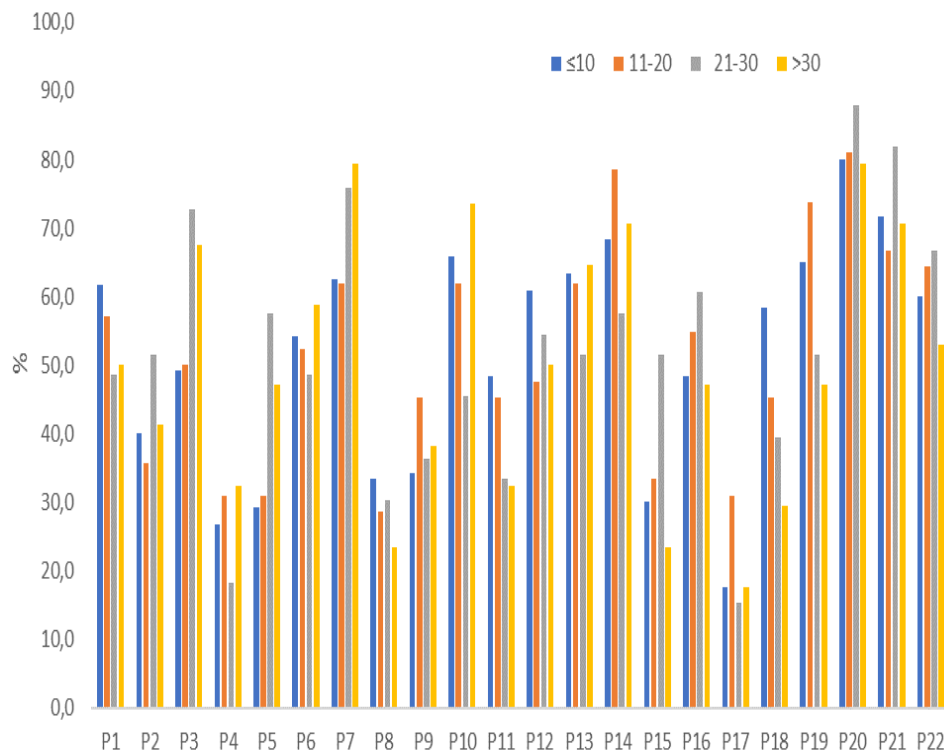
❖ **Vlerësimi i njohurive sipas eksperiencës në punë**

Tabela 14. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas viteve të eksperiencës në punë

Pyetjet	≤10 vite		11-20 vite		21-30 vite		>30 vite		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
P1	74	61.7	24	57.1	16	48.5	17	50.0	0.4
P2	48	40.0	15	35.7	17	51.5	14	41.2	0.6
P3	59	49.2	21	50.0	24	72.7	23	67.6	0.04*
P4	32	26.7	13	31.0	6	18.2	11	32.4	0.5
P5	35	29.2	13	31.0	19	57.6	16	47.1	<0.01*
P6	65	54.2	22	52.4	16	48.5	20	58.8	0.8
P7	75	62.5	26	61.9	25	75.8	27	79.4	0.1
P8	40	33.3	12	28.6	10	30.3	8	23.5	0.7
P9	41	34.2	19	45.2	12	36.4	13	38.2	0.6
P10	79	65.8	26	61.9	15	45.5	25	73.5	0.09
P11	58	48.3	19	45.2	11	33.3	11	32.4	0.2
P12	73	60.8	20	47.6	18	54.5	17	50.0	0.4
P13	76	63.3	26	61.9	17	51.5	22	64.7	0.6
P14	82	68.3	33	78.6	19	57.6	24	70.6	0.3
P15	36	30.0	14	33.3	17	51.5	8	23.5	0.07
P16	58	48.3	23	54.8	20	60.6	16	47.1	0.6
P17	21	17.5	13	31.0	5	15.2	6	17.6	0.2
P18	70	58.3	19	45.2	13	39.4	10	29.4	0.01*
P19	78	65.0	31	73.8	17	51.5	16	47.1	0.05*
P20	96	80.0	34	81.0	29	87.9	27	79.4	0.8
P21	86	71.7	28	66.7	27	81.8	24	70.6	0.5
P22	72	60.0	27	64.3	22	66.7	18	52.9	0.7

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Në lidhje me eksperiencën në punë (Tabela 14), ndryshim sinjifikant për pohimet e sakta u gjet për pyetjen tretë “*Pacientët të cilët mund të shpërqendrohen nga ndjesia e dhembjes zakonisht nuk kanë dhembje të forta*”, ku mbizotëron pergjigja e stafit me eksperiencë 21-30 vite (72.7%), përkatësisht me $p = 0.04$, dhe për pyetjen e pestë “*Aspirina dhe agjentët e tjerë anti-inflamatorë josteroidë Nuk janë analgjezik efektivë kundër dhembjes në metastazat e dhembshme kockore*”, ku përsëri dominon stafi me 21-30 vite eksperiencë (57.6%), $p < 0.01$.



Grafiku 11. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas viteve të eksperiencës në punë

Ndryshim sinjifikant vërehet edhe në pyetjen e tetëmbëdhjetë “*Barnat antikonvulsante si gabapentina (Neurontin) shkaktajnë lehtësim optimal të dhembjes pas marrjes së një doze të vetme*”, $p = 0.01$, me mbizotërim të përgjigjeve të sakta të stafit me eksperiencë më pak ose 10 vite (58.3%) dhe në pyetjen nëntëmbëdhjetë “*Benzodiazepinat nuk janë lehtësues efektivë të dhembjes dhe rekomandohen rrallë si pjesë e një trajtimi analgjezik*”, $p = 0.05$, ku dominon me përgjigje të sakta stafi me eksperiencë 11-20 vite (73.8%). Frekuenca e pohimeve të sakta sipas viteve të eksperiencës në punë është ilustruar në formë grafiku (Grafiku 11).

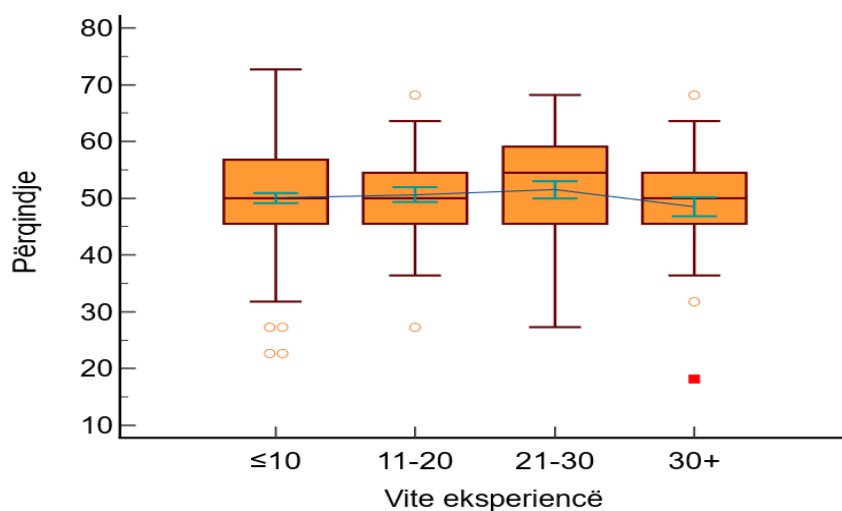
Tabela 15. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas viteve në punë

Eksperienca në punë	Frekuenca e pohimeve të sakta (%)		% Mesatare	<i>p</i>
	Min	Max		
≤10	22.7	72.7	50.0	0.6
11-20	27.3	68.2	50.6	
21-30	27.3	68.2	51.5	
>30	18.2	68.2	48.5	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Rezultatet e studimit demonstruan që frekuenca e njohurive mesatare të stafit infermieror, janë pothuajse të njëjta për të gjithë, pavarësisht viteve të eksperiencës në punë (Tabela 15). Infermierët, të cilët kanë më pak ose 10 vite eksperiencë janë përgjigjur saktë mesatarisht 50% të pyetjeve, Infermierët që kanë 11-20 vite në punë i janë përgjigjur saktë mesatarisht 50.6% të pyetjeve. Stafi infermieror, i cili ka 21-30 vite në punë i janë përgjigjur saktë mesatarisht 51.5% të pyetjeve, dhe stafi i cili ka më shumë se 30 vite eksperiencë i janë përgjigjur saktë mesatarisht 48.5% të pyetjeve.

Në vlerat e përgjigjeve të sakta të dhëna sipas viteve të eksperiencës në punë për pjesën e pyetjeve me zgjedhje dikotomike, nuk ka ndryshim statistikisht të rëndësishëm midis tyre, $p = 0.6$ (Grafiku 12).



Grafiku 12. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas eksperiencës në punë

4.3. PNJQLDH - SEKSIONI II - PYETJE ME ZGJEDHJE TË SHUMËFISHTË

Në këtë seksion janë paraqitur të dhënat e përfituara nga pjesa e dytë e PNJQLDH, ku kemi të bëjmë me pyetje me zgjedhje të shumëfishta. Për çdo pyetje në këtë seksion është identifikuar frekuenca e përgjigjeve të sakta për të identifikuar njohuritë e stafit infermioror pjesëmarrës në studim dhe për çdo variabël të shprehur në karakteristikat socio-demografike është llogaritur sinjifikanca statistikore me këtë pjesë të pyetësorit.

Tabela 16. Rruga e administrimit të opioidëve për pacientët me kancer

Mënyra e administrimit	N	%	p
Intramuskulare	22	9.6	<0.01*
Intravenoze	101	44.1	
Orale	3	1.3	
Rektale	5	2.2	
Subkutane	98	42.8	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Në tabelën e mësipërme vërehet që vetëm 1.3% e stafit infermioror ($n = 3$) kanë dhënë përgjigje të saktë për pyetjen “*Rruga e rekomanduar e administrimit të analgjezikëve opioidë për pacientët me kancer që kanë dhembje të vazhdueshme*”, me ndryshim sinjifikant $p < 0.01$ (Tabela 16).

Tabela 17. Rruga e administrimit të opioidëve për pacientët me dhembje

Mënyra e administrimit të opioidëve	N	%	P
Intramuskulare	68	29.7	<0.01*
Intravenoze	124	54.1	
Orale	13	5.7	
Rektale	2	0.9	
Subkutane	22	9.6	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Pyetjes “*Rruga e rekomanduar e administrimit të analgjezikëve opioidë për pacientët me dhembje me kohëzgjatje të shkurter, të forta që fillon papritur si dhembja nga një traumë ose dhembja postoperative*”, i është përgjigjur saktë 54.1% e stafit infermieror (n = 124), me ndryshim sinjifikant $p < 0.01$.

Tabela 18. Medikamenti i përzgjedhur për trajtimin e dhembjeve

Medikamentet	N	%	<i>p</i>
Codeina	5	2.2	<0.01*
Meperidina	16	7.0	
Morfina	194	84.7	
Tramadol	14	6.1	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($P \leq 0.05$)

Pyetjes “*Cili nga medikamentet analgjezike të mëposhtme konsiderohet si bari i përzgjedhur për trajtimin e dhembjeve që zgjasin në kohë, nga të moderuara deri në të forta tek pacientët me kancer*”, i është përgjigjur saktë shumica e pjesëmarrësve në studim, 84.7% (n = 194), me ndryshim sinjifikant $p < 0.01$.

Tabela 19. Ekuivalenca e një doze prej 30mg morfinë orale

Dozat	N	%	<i>p</i>
Morfinë 10 mg IV	68	29.7	<0.01*
Morfinë 30 mg IV	46	20.1	
Morfinë 5 mg IV	93	40.6	
Morfinë 60 mg IV	22	9.6	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Tabela 19 demontron që 29.7% e stafit pjesëmarrës (n = 68), i janë përgjigjur saktë pyetjes “*Një dozë prej 30 mg morfinë orale është afërsisht ekuivalente*”, $p < 0.01$.

Tabela 20. Analgjezikët për dhembjet postoperative

Administrimi i analgjezikeve	N	%	p
Morfinë 5 mg IV	1	0.4	<0.01*
Rreth të njejtës orë gjatë një plani trajtimi të përcaktuar	93	40.6	
Vetëm kur infermieri konstaton se pacienti ka diskonfort të moderuar ose të shprehur	107	46.7	
Vetëm kur pacienti kërkon mjekimin	28	12.2	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Pyetjes “*Analgjezikët për dhembjet postoperative duhet fillimisht të jepen*”, i janë përgjigjur saktë 40.6% e stafit infermieror (n = 93), me sinjifikancë $p < 0.01$.

Tabela 21. Gjasat që pacienti të shfaqë depresion respirator

Gjasat	N	%	p
Më pak se 1	45	19.7	<0.01*
1-10	58	25.3	
11-20	67	29.3	
21-40	27	11.8	
>41	32	14.0	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Në pyetjen e njëzet e tetë “*Gjasat që pacienti të shfaqë depresion respirator*”, ka rezultuar që vetëm 19.7% e pjesëmarrësve (n = 45) i janë përgjigjur saktë, me ndryshim sinjifikant $p < 0.01$.

Tabela 22. Arsyeja e rritjes së dozave të barnave kundër dhembjes

Arsyeja e rritjes së dozave kundër dhembjes	N	%	p
Kërkesa e pacientit lidhet me varësinë.	72	31.4	<0.01*
Pacienti kërkon më shumë vëmendje nga personeli.	4	1.7	
Pacienti po përjeton ankth ose depresion të shtuar.	13	5.7	

<i>Pacienti po përjeton dhembje të shtuara.</i>	140	61.1	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Pyetjes “*Arsyeja më e zakonshme që një pacient me dhembje do të kërkojë rritje të dozave të barnave kundër dhembjes*”, 61.1% e stafit ($n = 140$) i është përgjigjur saktë, me sinjifikancë $p < 0.01$.

Tabela 23. Medikamenti më i dobishëm për trajtimin e dhembjes nga kanceri

Medikamenti më i dobishëm për trajtimin e dhembjes nga kanceri	N	%	p
Gabapentin (neurontin)	17	7.4	<0.01*
Hidromorfon (dilaudid)	110	48.0	
Ibuprofen (motrin)	7	3.1	
<i>Të gjitha të mësipërmet</i>	95	41.5	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

41.5% e pjesëmarrësve ($n = 95$) i janë përgjigjur saktë pyetjes “*Cili është medikamenti më i dobishëm për trajtimin e dhembjes nga kanceri*”, me sinjifikancë $p < 0.01$.

Tabela 24. Vlerësuesi më i saktë për intensitetin e dhembjes së pacientit

Vlerësuesi	N	%	p
Bashkëshorti ose familja e pacientit	1	0.4	<0.01*
Farmacisti	1	0.4	
Infermierja kryesore e pacientit	72	31.4	
Mjeku që e trajton	48	21.0	
<i>Pacienti</i>	107	46.7	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Në lidhje me pyetjen “*Vlerësuesi më i saktë për intensitetin e dhembjes së pacientit*”, 46.7% e stafit ($n = 107$) i është përgjigjur saktë, me ndryshim sinjifikant $p < 0.01$.

Tabela 25. Qasja ndaj faktorëve kulturorë në kujdesin e pacientëve me dhembje

Qasja më e mirë ndaj faktorëve kulturorë në kujdesin e pacientëve me dhembje	N	%	p
Ndikimet kulturore mund të përcaktohen nga përkatësia etnike e një individi (p.sh., aziatikët janë stoikë, italianët janë shprehës, etj.).	53	23.1	<0.01*

Nuk ka më ndikime kulturore në shqipëri për shkak të diversitetit të popullsisë.	44	19.2	
<i>Pacientët duhet të vlerësohen individualisht për të përcaktuar ndikimet kulturore.</i>	132	57.6	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Më shumë se gjysma e pjesëmarrësve, 57.6% (n = 132), i janë përgjigjur saktë pyetjes “*Qasja më e mirë ndaj faktorëve kulturorë në kujdesin e pacientëve me dhembje*”, me ndryshim sinjifikant $p < 0.01$.

Tabela 26. Mundësia e shfaqjes së abuzimit me alkoolin dhe/ose drogën

Mundësia e shfaqjes së probleme të abuzimit me alkoolin dhe/ose drogën	N	%	p
< 1	73	32.0	<0.01*
5-15	73	32.0	
25-50	68	29.8	
75-100	14	6.1	
Total	228	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Pyetjes “*Sa mundësi ka që pacientët të cilët përjetojnë dhembje të shfaqin probleme të abuzimit me alkoolin dhe/ose drogën*”, i janë përgjigjur saktë 32% e stafit infermieror (n = 73), me sinjifikancë $p < 0.01$.

Tabela 27. Efekti maksimal i Morfinës IV

Efekti maksimal i morfinës	N	%	p
15 min	195	85.2	<0.01*
45 min	26	11.4	
1 orë	5	2.2	
2 orë	3	1.3	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Shumica e stafit pjesëmarrës, 85.2% (n = 195), i janë përgjigjur saktë pyetjes “*Morfina e dhënë në rrugë IV arrin efektin maksimal pas*”, me ndryshim sinjifikant midis variablave $p < 0.01$.

Tabela 28. Efekti maksimal i Morfinës PO

Efekti i morfinës PO	N	%	p
5 min	10	4.4	<0.01*
30 min	195	85.2	
3 orë	18	7.9	
12 orë	6	2.6	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Një përqindje e ulët e stafit infermieror të cilët kanë marrë pjesë në studim, 2.6% (n = 6), i janë përgjigjur saktë pyetjes “*Morfina e dhënë në rrugë orale arrin efektin maksimal pas*”, me ndryshim sinjifikant $p < 0.01$.

Tabela 29. Manifestimi i varësise fizike

Manifestimi i varësise fizike	N	%	p
A dhe B	125	54.6	<0.01*
<i>Djersitje, zverdhje, diarre dhe axhitacion i pacientëve kur opioidet ndërpriten papritur.</i>	63	27.5	
Kontrolli i dobët mbi përdorimin e drogës, përdorimin compulsive dhe dëshirën e shtuar.	23	10.0	
Nevoja për doza më të larta për të arritur të njëjtin efekt.	18	7.9	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Pyetjes “*Pas ndërprerjes së menjëhershme të një opioidi, varësia fizike manifestohet si më poshtë*”, i është përgjigjur saktë 27.5% e stafit infermieror (n = 63), me ndryshim sinjifikant midis variablave $p < 0.01$.

Tabela 30. Depresionin respirator nga opioidet

Pohimet “Depresionin respirator nga opioidet”	N	%	p
<i>Apnea obstruktive e gjumit është një faktor i rëndësishëm rreziku.</i>	48	21.0	<0.01*
Është më i zakonshëm disa netë pas operacionit për shkak të akumulimit të opioideve	18	7.9	
Është më i zakonshëm disa netë pas operacionit për shkak të akumulimit të opioideve.	2	0.9	
Mund të vlerësohet lehtësisht duke përdorur pulsoksimetrinë intermitente.	77	33.6	
Ndodh më shpesh tek ata që tashmë kanë marrë doza më të larta të opioideve përpara operacionit.	84	36.7	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Në lidhje me frekuencën e përgjigjeve të sakta, në pyetjen “*Cili pohim është i vërtetë në lidhje me depresionin respirator të shkaktuar nga opioidet*”, 21% e infermierëve (n = 48) ka dhënë përgjigje të saktë, me sinjifikancë midis variablave $p < 0.01$.

Tabela 31. Shkalla e dhembjes së pacientit A

Shkalla e dhembjes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
N	24	19	36	28	43	26	15	5	31	2
%	10.5	8.3	15.7	12.2	18.8	11.4	6.6	2.2	13.5	0.9

Në llogaritjen e shkallës së dhembjes së Andrew sipas rastit klinik të dhënë në pyetjen e tridhjetë e tetë A të pyetësorit, vetëm 13.5% e stafit infermior (n = 31) i janë përgjigjur saktë kësaj pyetje, me ndryshim sinjifikativ $p < 0.01$.

Tabela 32. Veprimi që duhet bërë për rastin A

Veprimi që duhet bërë	N	%	p
Administroni morfinë 1 mg IV menjëherë.	34	14.9	<0.01*
Administroni morfinë 2 mg IV tani.	14	6.1	
Administroni morfinë 3 mg IV tani.	1	0.4	
Mos administroni morfinë për momentin	179	78.5	
Total	228	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Në veprimin që duhet të bëhet në rastin klinik të dhënë në pyetjen e tridhjetë e tetë B, vetëm një përqindje shumë e vogël, pothuajse e papërfillshme e pjesëmarrësve në studim, 0.4% ($n = 1$), ka dhënë përgjigjen e saktë, me ndryshim sinjifikativ midis variablave $p < 0.01$.

Tabela 33. Shkalla e dhembjes së pacientit B

Shkalla e dhembjes	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N	19	26	65	30	18	15	45	10	1
%	8.3	11.4	28.4	13.1	7.9	6.6	19.7	4.4	0.4

Në llogaritjen e shkallës së dhembjes së Robert sipas rastit klinik të dytë të dhënë në pyetjen e tridhjetë e nëntë A të pyetësorit, vetëm 19.7% e stafit infermieror ($n = 45$) i janë përgjigjur saktë kësaj pyetje, me sinjifikancë $p < 0.01$.

Tabela 34. Veprimi që duhet bërë për rastin B

Veprimi që duhet bërë për rastin B	N	%	<i>p</i>
Administroni morfinë 1 mg IV menjëherë.	7	3.1	<0.01*
Administroni morfinë 1 mg IV tani/menjëherë.	78	34.1	
Administroni morfinë 2 mg IV tani.	22	9.6	
Administroni morfinë 3 mg IV tani.	16	7.0	
Mos administroni morfinë në këtë moment	106	46.3	
Total	229	100.0	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

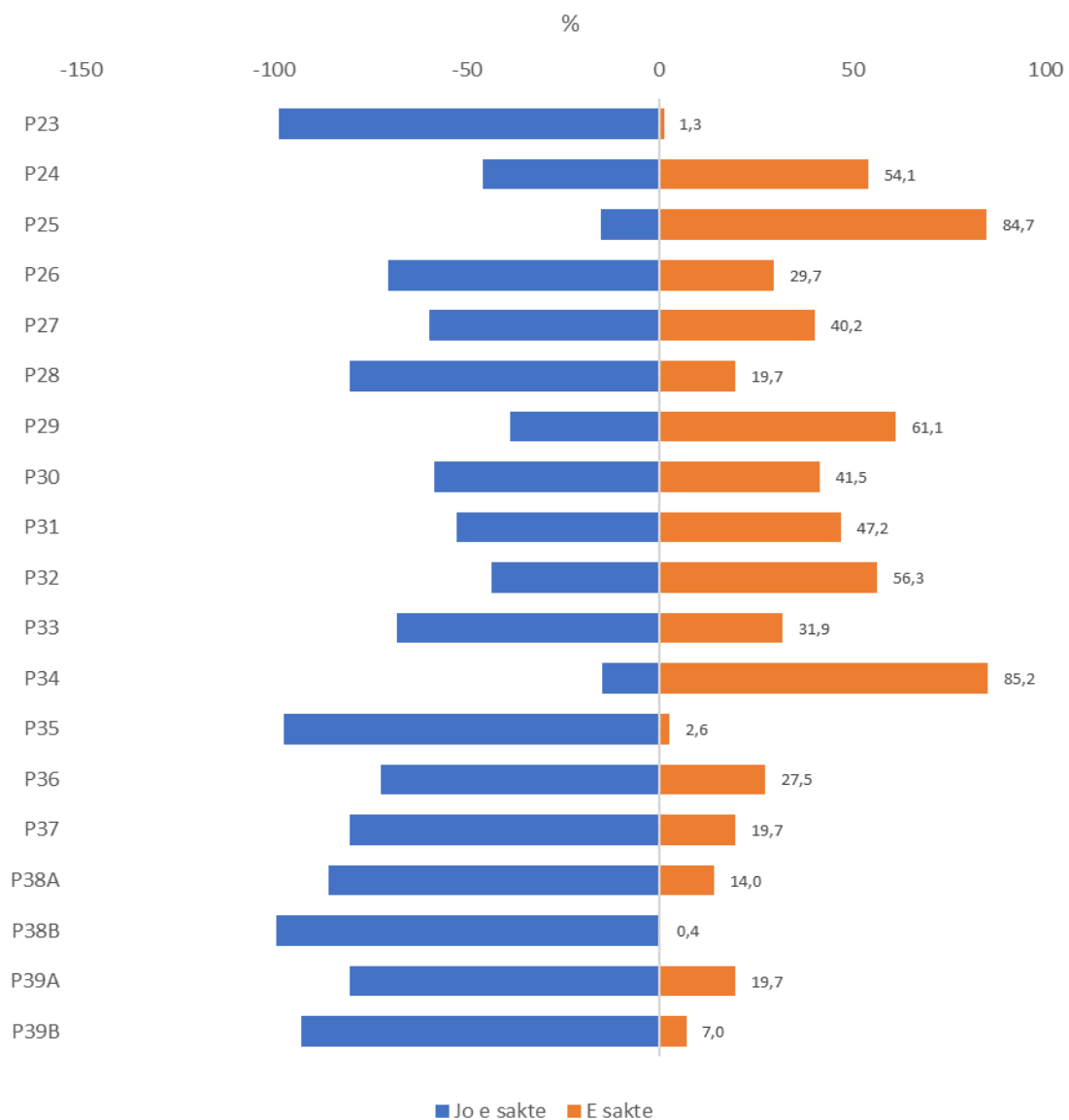
Në veprimin që duhet të bëhet në rastin klinik të dytë, vetëm 7% e pjesëmarrësve në studim ($n = 16$), kanë dhënë përgjigjen e saktë, me ndryshim sinjifikativ midis variablave $p < 0.01$.

Tabela 35. Frekuenca e pohimeve te sakta të pyetjeve me zgjedhje të shumëfishta

Pyetjet	Jo e saktë		E saktë		<i>p</i>
	N	%	N	%	
P23	226	98.7	3	1.3	<0.01
P24	105	45.9	124	54.1	0.2
P25	35	15.3	194	84.7	<0.01*
P26	161	70.3	68	29.7	<0.01
P27	137	59.8	92	40.2	<0.01
P28	184	80.3	45	19.7	<0.01
P29	89	38.9	140	61.1	<0.01*
P30	134	58.5	95	41.5	<0.01
P31	121	52.8	108	47.2	0.4
P32	100	43.7	129	56.3	0.05*
P33	156	68.1	73	31.9	<0.01
P34	34	14.8	195	85.2	<0.01*
P35	223	97.4	6	2.6	<0.01
P36	166	72.5	63	27.5	<0.01
P37	184	80.3	45	19.7	<0.01
P38A	197	86.0	32	14.0	<0.01
P38B	228	99.6	1	0.4	<0.01
P39A	184	80.3	45	19.7	<0.01
P39B	213	93.0	16	7.0	<0.01

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Tabela 35 paraqet frekuencat dhe përqindjet e përgjigjeve të sakta dhe jo të sakta të stafit infermioror pjesëmarrës në studim, për pjesën e dytë të PNJQLDH. Ky seksion përmban 15 pyetje me alternativa të shumëfishta dhe dy raste studimore me nga dy pyetje secila. Në total janë 19 pyetje në këtë seksion. Nga rezultatet e marra vërehet që përqindja më e lartë se 50% e përgjigjeve të sakta mbizotëron në pyetjet: P25, P29, P32 dhe P34 me ndryshim sinjifikant me përgjigjet jo të sakta ($p < 0.01$). Për sa i përket pyetjeve P24 dhe P31, edhe pse kanë përqindje më të lartë se 50%, nuk u gjet ndryshim sinjifikant me përgjigjet e pasakta. Në pjesën tjetër të pyetjeve mbizotërojnë përgjigjet jo të sakta. Rezultatet e mësipërme janë të ilustruara edhe në grafikun e mëposhtëm (Grafiku 13).



Grafiku 13. Frekuenca e pohimeve të sakta

❖ Vlerësimi i njohurive sipas gjinisë

Tabela 36. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas gjinisë

Pyetjet	Femra		Meshkuj		<i>p</i>
	N	%	N	%	
P23	3	1.6	0	0.0	<0.01
P24	110	60.1	14	30.4	<0.01*
P25	156	85.2	38	82.6	0.7

P26	46	25.1	22	47.8	0.01*
P27	77	42.1	16	34.8	0.7
P28	39	21.3	6	13.0	<0.01*
P29	114	62.3	26	56.5	0.9
P30	87	47.5	8	17.4	<0.01*
P31	92	50.3	15	32.6	<0.01*
P32	117	63.9	15	32.6	<0.01*
P33	60	32.8	13	28.3	<0.01*
P34	158	86.3	37	80.4	0.3
P35	5	2.7	1	2.2	0.2
P36	41	22.4	22	47.8	<0.01*
P37	36	19.7	12	26.1	0.02*
P38A	28	15.3	3	6.5	<0.01*
P38B	0	0.0	1	2.2	0.1
P39A	42	23.0	3	6.5	<0.01*
P39B	6	3.3	10	21.7	<0.01*

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Rezultatet demostrojnë se niveli i njohurive të stafit infermieror, për pjesën e dytë të pyetësorit me zgjedhje të shumëfishta, është më i lartë në gjininë femërore (Tabela 36).

Nga krahasimi i pohimeve të sakta sipas gjinisë, në pjesën e pyetjeve me zgjedhje alternative, u gjet ndryshim sinjifikant në nëntë pyetje nga nëntëmbëdhjetë pyetje që ka ky seksion në total ($p \leq 0.05$).

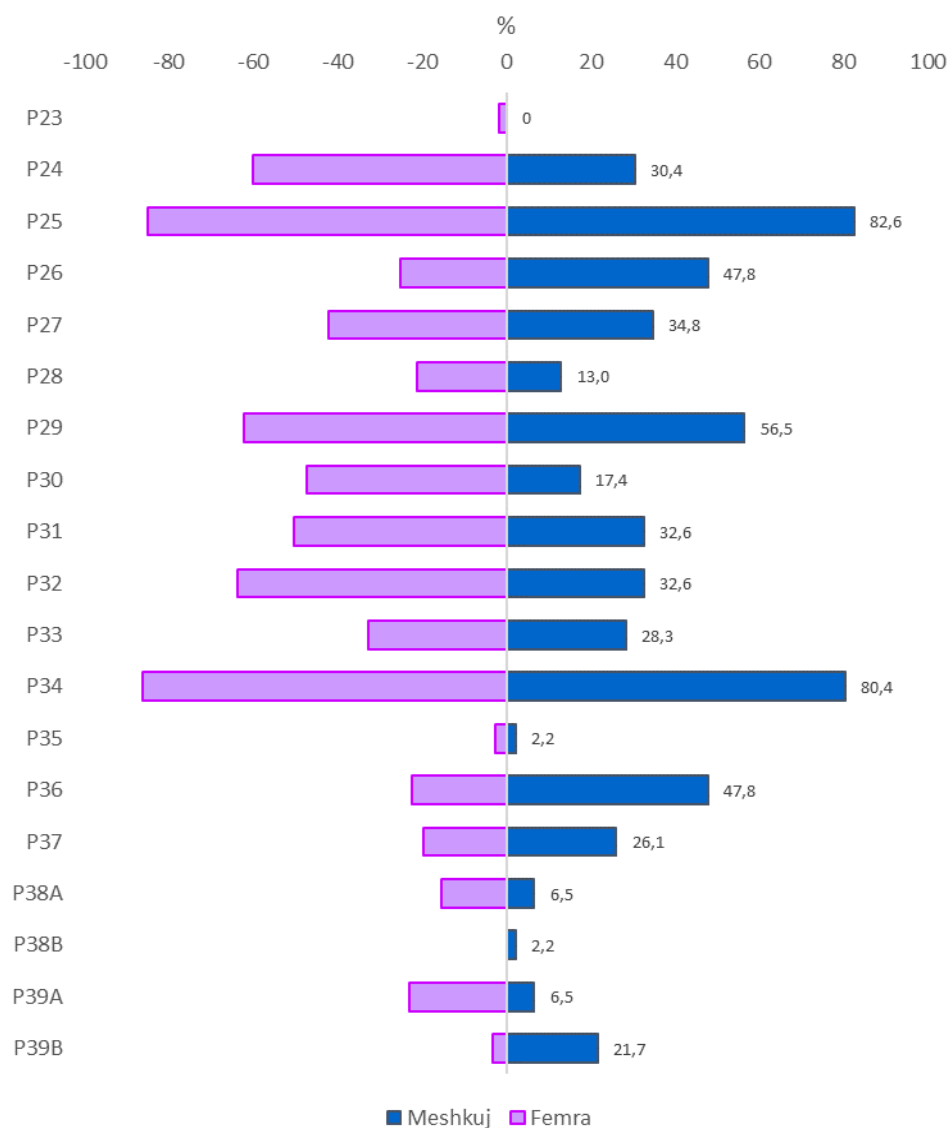
Vlera e sinjifikancës në llogaritjen e frekuencës së pohimeve të sakta të stafit infermieror midis femrave dhe meshkujve, me dominim të gjinisë femërore, rezultoi me $p < 0.01$; për pyetjen e njëzet e katërt “*Rruga e rekomanduar e administrimit të analgjezikeve opioidë për pacientët me dhembje me kohëzgjatje të shkurter, të forta që fillon papritur si dhembja nga një traumë ose dhembja postoperative, është*”, për pyetjen e njëzet e tetë “*Një pacient me dhembje të vazhdueshme nga tumori ka marrë analgjezik opioid çdo ditë për 2 muaj. Ditën e djeshme pacientit iu administruan 200 mg/orë morfinë intravenoze. Sot ka marrë 250 mg/orë në rrugë intravenoze. Gjasat që pacienti të shfaqë depresion respirator klinikisht të rëndësishëm në mungesë të*

sëmundjeve të tjera bashkëshoqëruese është”; për pyetjen e tridhjetë e tre “Sa mundësi ka që pacientët të cilët përjetojnë dhembje të shfaqin probleme të abuzimit me alkoolin dhe/ose drogën”; tridhjetë e tetë A “*Në kartelën e pacientit duhet të shënoni dhembjen e tij në shkallën si më poshtë. Rrethoni numrin që përfaqëson vlerësimin tuaj për dhembjen e Andreas*”, dhe për pyetjen e tridhjetë e nëntë A “*Në kartelën e pacientit duhet të shënoni dhembjen e tij në shkallën më poshtë. Rrethoni numrin që përfaqëson vlerësimin tuaj për dhembjen e Robertit*”.

Meshkujt janë përgjigjur saktë me ndryshim sinjifikant në krahasim me femrat, në pyetjet: njëzet e gjashtë “*Një dozë prej 30 mg morfinë orale është afërsisht ekuivalente me*” me vlerë $p = 0.01$, tridhjetë e gjashtë “*Pas ndërprerjes së menjëhershme të një opioidi, varësia fizike manifestohet si më poshtë*” me $p < 0.01$; tridhjetë e shtatë “*Cili pohim është i vërtetë në lidhje me depresionin respirator të shkaktuar nga opioidet*” me $p = 0.02$, dhe tridhjetë e nëntë B “*Përshkrimi i mjekut të tij për analgjezi është morfinë iv 1-3 mg çdo një orë kur është e nevojshme për lehtësimin e dhembjeve. Kontrolloni veprimin që do të bëni në këtë moment*” me $p < 0.01$.

Për pyetjet; P25, P27, P29, P34, P35 dhe P38B, nuk u gjet ndryshim sinjifikant në frekuencën e pohimeve të sakta sipas gjinive.

Frekuenca e pohimeve të sakta sipas gjinive, të pjesës së pyetjeve me alternativa të shumëfishta është e ilustruar edhe në grafikun e mëposhtëm (Grafiku 14).



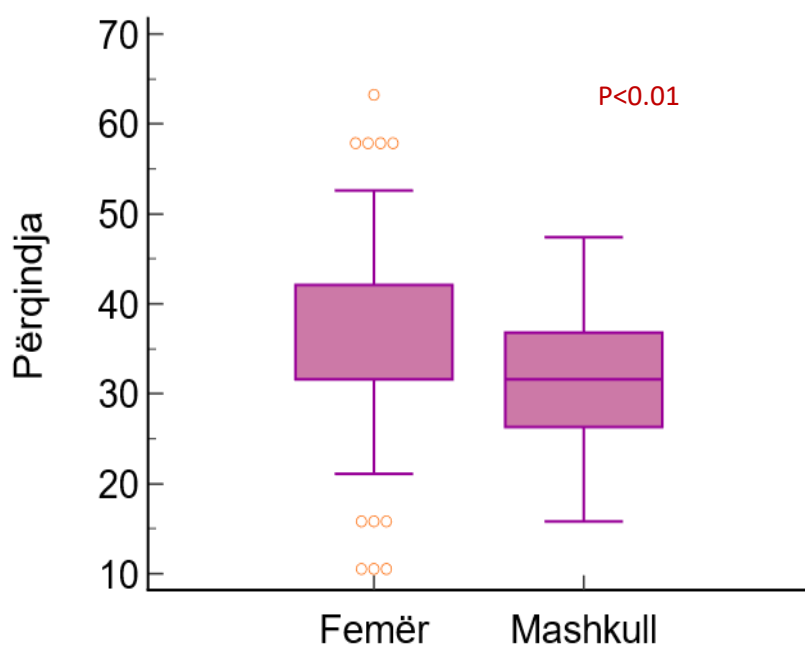
Grafiku 14. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas gjinisë

Tabela 37. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas gjinisë

Gjinia	Frekuenca e pohimeve të sakta (%)		% Mesatare	<i>p</i>
	Min	Max		
Femra	10.5	63.2	34.9	<0.01
Meshkuj	15.8	47.4	29.9	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Nga analiza e të dhënave rezultoi një nivel mesatar pothuajse i njëjtë i krahasimit të njohurive ndërmjet meshkujve dhe femrave (Tabela 37). Pjesëmarrëset femra në studim i janë përgjigjur saktë mesatarisht 34.9% të pyetjeve me zgjedhje të shumëfishta, me përfaqësim të vlerës minimale 10.5% dhe të vlerës maksimale 63.2%. Pjesëmarrësit të gjinisë mashkullore kanë një vlerë të frekuencës mesatare të përgjigjeve të sakta mesatarisht 29.9%, vlera minimale e përqindjes mesatare 15.8% dhe maksimale 47.4%. Në vlerat e frekuencave mesatare të përgjigjeve të sakta të dhëna sipas gjinisë për pjesën e pyetjeve me zgjedhje alternative, nuk ka ndryshim sinjifikant midis tyre, $p < 0.01$ (Grafiku 15).



Grafiku 15. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas gjinisë

❖ Vlerësimi i njohurive sipas kualifikimit

Tabela 38. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas kualifikimit

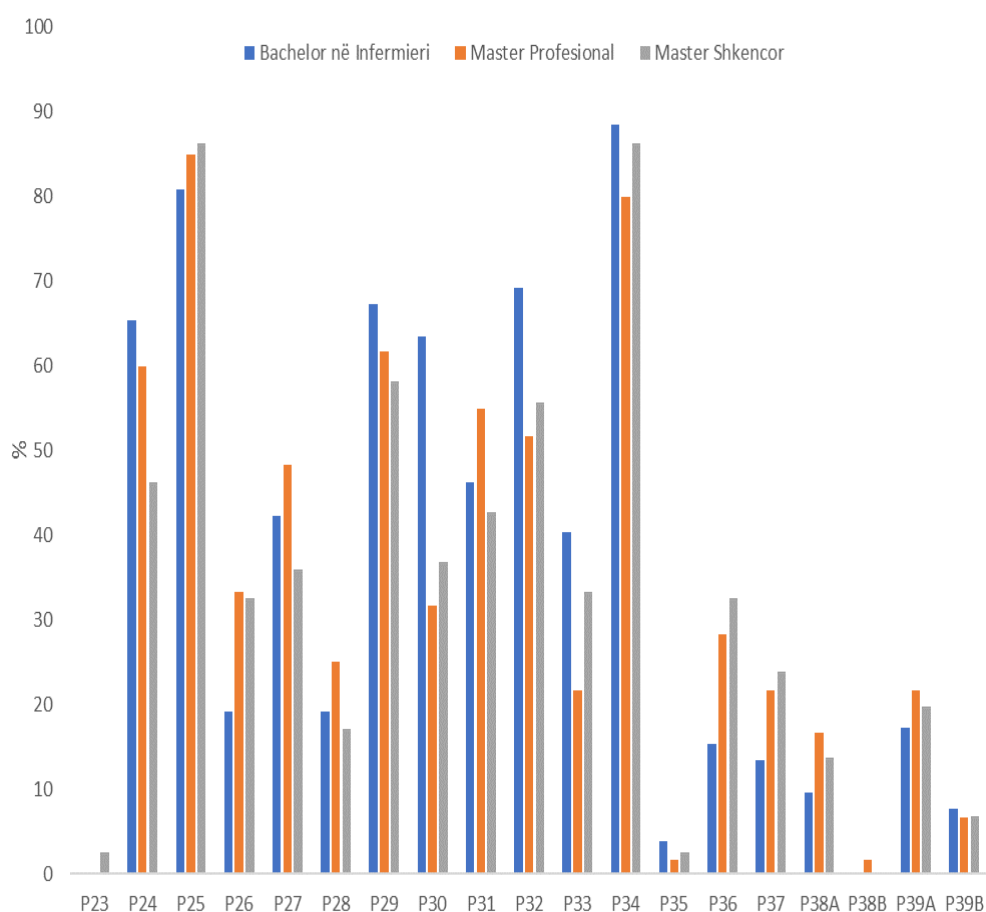
Pyetjet	Bachelor në Infermieri		Master Profesional		Master Shkencor		p
	N	%	N	%	N	%	
P23	0	0.0	0	0.0	3	2.6	0.7
P24	34	65.4	36	60.0	54	46.2	0.08
P25	42	80.8	51	85.0	101	86.3	0.9
P26	10	19.2	20	33.3	38	32.5	<0.01*
P27	22	42.3	29	48.3	42	35.9	0.1
P28	10	19.2	15	25.0	20	17.1	0.1
P29	35	67.3	37	61.7	68	58.1	<0.01*
P30	33	63.5	19	31.7	43	36.8	0.01*
P31	24	46.2	33	55.0	50	42.7	0.3
P32	36	69.2	31	51.7	65	55.6	0.4
P33	21	40.4	13	21.7	39	33.3	0.3
P34	46	88.5	48	80.0	101	86.3	0.2
P35	2	3.8	1	1.7	3	2.6	0.7
P36	8	15.4	17	28.3	38	32.5	0.3
P37	7	13.5	13	21.7	28	23.9	0.2
P38A	5	9.6	10	16.7	16	13.7	<0.01*
P38B	0	0.0	1	1.7	0	0.0	0.2
P39A	9	17.3	13	21.7	23	19.7	0.07
P39B	4	7.7	4	6.7	8	6.8	0.1

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Tabela 38 paraqet frekuencën e pohimeve të sakta sipas nivelit arsimor që kanë pjesëmarrësit në studim, për pjesën e pyetjeve me alternativa të shumëfishta. Rezultatet demostrojnë një nivel njohurish pothuajse të njëjtë të stafit infermior bazuar në ndarjen sipas kualifikimit arsimor që ka çdo pjesëmarrës. Nga nëntëmbëdhjetë pyetje të pjesës së pyetësorit me zgjedhje të shumëfishta u gjet ndryshim sinjifikant, vetëm për katër pyetje ($p \leq 0.05$). Vlerat e sinjifikancës në pohimet e sakta të stafit infermior sipas kualifikimit arsimor që ato kanë, ishin; $p < 0.01$ për pyetjen e njëzet e nëntë “*Arsyeja më e zakonshme që një pacient me dhembje do të kërkojë rritje të dozave të barnave kundër dhembjes është*”; $p = 0.01$ për pyetjen e tridhjetë “*Cili është më i dobishëm për trajtimin e dhembjes nga kanceri?*”. Në këto

dy pyetje stafi qe ka diplomë bachelor në Infermieri ka më tepër përgjigje të sakta krahasuar me stafin i cili ka përfunduar masterin profesional dhe masterin shkencor.

Stafi me kualifikim master profesional ka më tepër përgjigje të sakta për pyetjen njëzet e gjashtë *“Një dozë prej 30 mg morfinë orale është afërsisht ekuivalente me”*, në krahasim me pjesëmarrësit të cilët kanë një diplomë bachelor në Infermieri apo master shkencor, me ndryshim sinjifikant $p < 0.01$. Edhe në pyetjen e tridhjetë e tetë A *“Në kartelën e pacientit duhet të shënoni dhembjen e tij në shkallën si më poshtë. Rrethoni numrin që përfaqëson vlerësimin tuaj për dhembjen e Andreas”*, stafi me master profesional ka më tepër përgjigje të sakta në krahasim me pjesëmarrësit e tjerë, me sinjifikancë $p < 0.01$. Për pjesën tjetër të pyetjeve nuk u gjet asnjë ndryshim sinjifikant të nivelit të njohurive sipas kualifikimit arsimor. Frekuenca e pohimeve të sakta e shprehur sipas nivelit arsimor të pjesëmarrësve është ilustruar edhe në grafikun e mëposhtëm (Grafiku 16).



Grafiku 16. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas kualifikimit

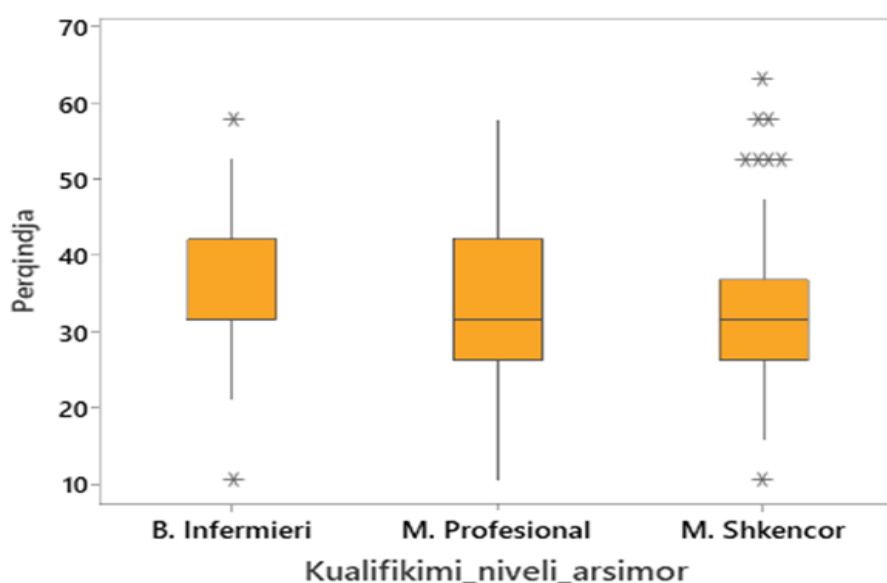
Tabela 39. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas kualifikimit

Kualifikimi	Frekuenca e pohimeve të sakta (%)		% Mesatare	<i>p</i>
	Min	Max		
Bachelor në Infermieri	10.5	57.9	35.1	0.5
Master Profesional	10.5	57.9	31.1	
Master Shkencor	10.5	63.2	33.2	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta për pyetjet me zgjedhje të shumëfishta sipas nivelit të edukimit arsimor që kanë pjesëmarrësit është në vlera të përafërta në të treja kategoritë, pa treguar ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p = 0.5$ (Tabela 9).

Stafi infermior i cili ka një diplomë bachelor në Infermieri i janë përgjigjur saktë mesatarisht 35.1% të pyetjeve me zgjedhje të shumëfishta, vlera minimale e përgjigjeve të sakta rezulton 10.5% dhe vlera maksimale 57.9%. Pjesëmarrësit me kualifikim master profesional kanë një vlerë të frekuencës mesatare të përgjigjeve të sakta 31.1%, vlera minimale e përqindjes mesatare 10.5% dhe maksimale 57.9%. Stafi infermior me kualifikim master shkencor, i janë përgjigjur saktë mesatarisht 33.2% të pyetjeve, vlera minimale e përgjigjeve të sakta rezulton 10.5% dhe vlera maksimale 63.2% (Grafiku 17).



Grafiku 17. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas kualifikimit

❖ Vlerësimi i njohurive sipas repartit të punës

Tabela 40. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas reparteve

Pyetjet	Ginekologji	Infektiv	Kardiologji	Kirurgji	Kirurgji/Ortopedi	Kirurgji/Reanimacion	Maternitet	Neonatalogji	Neurologji	Obstetrikë	ORL	Patologji	Patologji II	Pediatri	Pediatri/Infektiv	Pediatri/Reanimacion	Salla Maternitet	Urgjencë	Urgjencë/Pediatri	p
23	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	11.1	0.0	0.0	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	4.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	<0.01*
24	33.3	88.9	0.0	76.9	12.5	77.8	40.0	45.5	91.7	50.0	100.0	0.0	12.5	54.5	50.0	66.7	83.3	44.1	46.2	<0.01*
25	100.0	88.9	100.0	73.1	75.0	88.9	100.0	100.0	83.3	100.0	100.0	100.0	56.3	54.5	100.0	100.0	100.0	94.1	76.9	<0.01*
26	0.0	33.3	18.2	3.8	12.5	33.3	0.0	54.5	91.7	12.5	27.3	0.0	18.8	40.9	50.0	0.0	16.7	58.8	23.1	<0.01*
27	16.7	0.0	72.7	65.4	0.0	0.0	20.0	45.5	25.0	25.0	72.7	0.0	62.5	68.2	0.0	33.3	66.7	17.6	53.8	<0.01*
28	33.3	0.0	18.2	15.4	0.0	77.8	20.0	0.0	25.0	12.5	0.0	0.0	75.0	31.8	50.0	5.6	0.0	0.0	30.8	<0.01*
29	100.0	88.9	72.7	53.8	0.0	100.0	20.0	27.3	91.7	37.5	27.3	0.0	75.0	81.8	0.0	66.7	16.7	67.6	61.5	<0.01*
30	66.7	0.0	36.4	15.4	12.5	100.0	100.0	72.7	91.7	87.5	72.7	100.0	18.8	31.8	0.0	66.7	100.0	0.0	30.8	<0.01*
31	66.7	88.9	81.8	80.8	25.0	11.1	0.0	72.7	75.0	62.5	36.4	100.0	75.0	72.7	0.0	0.0	16.7	0.0	38.5	<0.01*
32	50.0	100.0	100.0	73.1	100.0	11.1	60.0	81.8	58.3	50.0	63.6	100.0	6.3	63.6	50.0	94.4	100.0	5.9	61.5	<0.01*
33	0.0	11.1	72.7	30.8	37.5	44.4	60.0	63.6	75.0	37.5	45.5	0.0	18.8	36.4	50.0	22.2	16.7	11.8	7.7	<0.01*
34	100.0	100.0	90.9	84.6	75.0	100.0	60.0	54.5	100.0	100.0	100.0	100.0	75.0	68.2	100.0	100.0	100.0	79.4	84.6	<0.01*
35	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	0.0	18.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7	<0.01*
36	0.0	0.0	18.2	0.0	0.0	55.6	40.0	0.0	25.0	12.5	45.5	0.0	25.0	18.2	0.0	22.2	0.0	85.3	30.8	<0.01*
37	0.0	0.0	81.8	0.0	12.5	22.2	20.0	27.3	8.3	12.5	0.0	0.0	18.8	27.3	50.0	5.6	16.7	50.0	7.7	<0.01
38A	16.7	0.0	0.0	7.7	0.0	0.0	40.0	81.8	41.7	0.0	18.2	0.0	12.5	4.5	0.0	5.6	16.7	2.9	30.8	<0.01*
38B	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7	<0.01*
39A	0.0	0.0	9.1	19.2	0.0	0.0	80.0	72.7	0.0	37.5	9.1	100.0	12.5	9.1	50.0	33.3	83.3	0.0	38.5	<0.01*
39B	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.1	0.0	0.0	22.7	0.0	0.0	0.0	29.4	0.0	<0.01*

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Në tabelën e mësipërme janë paraqitur frekuencat e pohimeve të sakta për pyetjet me zgjedhje të shumëfishta sipas emërimit të repartit që pjesëmarrësit kanë referuar në pyetësor (Tabela 40).

Nga analiza statistikore na rezulton që frekuencën më të madhe të përgjigjeve të sakta e kanë pyetjet; njëzet e pesë “Cili nga medikamentet analgjezike të mëposhtme konsiderohet si bari i përzgjedhur për trajtimin e dhembjeve që zgjasin në kohë, nga të moderuara deri në të forta tek pacientët me kancer?” dhe tridhjetë e katërt “Morfina e

dhënë në rrugë IV arrin efektin maksimal pas”. Të gjitha repartet kanë një përqindje relativisht të lartë të përgjigjeve të këtyre dy pyetjeve, me sinjifikancë $p < 0.01$.

Pyetjet e tjera, të cilat kanë një përqindje të lartë, mbi 50% të përgjigjeve të sakta, janë pyetjet; P24, P29, P30, P31, dhe P32. Pjesa tjetër e pyetjeve paraqet vlera të ulëta të përgjigjeve të sakta, ku me përqindjen më të ulët të pohimeve të sakta kanë rezultuar pyetjet; P23, P35, P38 B, dhe P39 B, të cilat nuk kanë arritur të grumbullojnë në asnjë nga pjesëmarrësit e reparteve të ndryshëm vlera më të larta se 50%.

Për çdo pyetje të kësaj pjese të pyetësorit, u gjet ndryshim sinjifikant ndërmjet reparteve në përqindjen e përgjigjeve të sakta, $p < 0.01$.

Tabela 41. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas reparteve

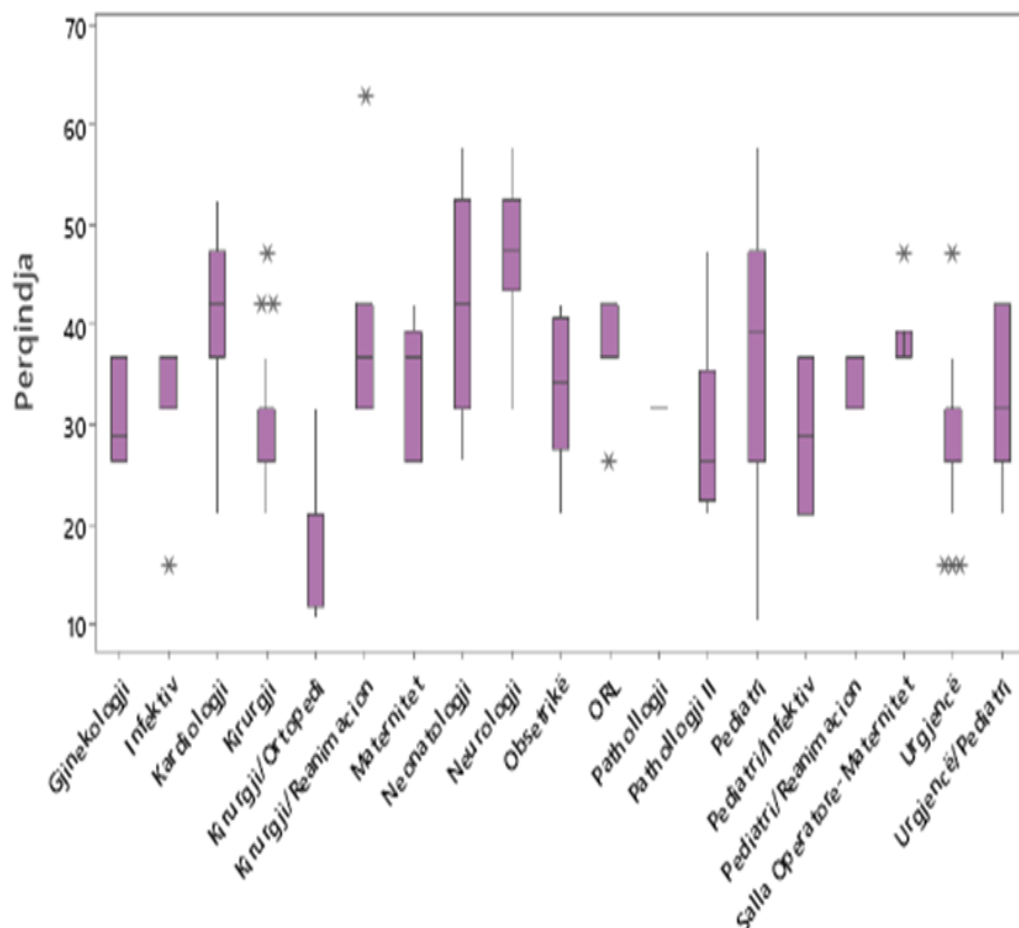
Reparti	Frekuenca e pohimeve te sakta (%)			<i>p</i>
	Min	Max	% Mesatare	
Gjinekologji	26.3	36.8	30.7	<0.01*
Infektiv	15.8	36.8	31.6	
Kardiologji	21.1	52.6	41.2	
Kirurgji	21.1	47.4	31.4	
Kirurgji/Ortopedi	10.5	31.6	19.1	
Kirurgji/Reanimacion	31.6	63.2	38.6	
Maternitet	26.3	42.1	33.7	
Neonatologji	26.3	57.9	42.6	
Neurologji	31.6	57.9	46.9	
Obsetrikë	21.1	42.1	33.6	
ORL	26.3	42.1	37.8	
Pathologji	31.6	31.6	31.6	
Pathologji II	21.1	47.4	29.3	
Pediatri	10.5	57.9	36.6	
Pediatri/Infektiv	21.1	36.8	29.0	
Pediatri/Reanimacion	31.6	36.8	33.0	
Salla Maternitet	36.8	47.4	38.6	

Urgjencë	15.8	47.4	29.0
Urgjencë/Pediatri	21.1	42.1	33.2

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Tabela 41 demontron një nivel mesatar të përgjigjeve të sakta në vlera të përafërta të njohurive midis reparteve.

Përqindja mesatare e përgjigjeve të sakta të pyetjeve me alternativa të shumëfishta varion nga vlera minimale mesatare, 19.1% në repartin Kirurgji/Ortopedi, deri në vlerën maksimale mesatare, 46.9% në repartin Neurologji, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre, $p < 0.01$. Këto rezultate janë paraqitur edhe në grafikun 18.



Grafiku 18. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas reparteve

❖ Vlerësimi i njohurive sipas viteve të eksperiencës në punë

Tabela 42. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas eksperiencës në punë

Pyetjet	≤10		11-20		21-30		>30		<i>p</i>
	N	%	N	%	N	%	N	%	
P23	2	1.7	1	2.4	0	0.0	0	0.0	0.1
P24	62	51.7	19	45.2	20	60.6	23	67.6	0.5
P25	97	80.8	37	88.1	30	90.9	30	88.2	0.05*
P26	43	35.8	12	28.6	10	30.3	3	8.8	<0.01*
P27	49	40.8	16	38.1	14	42.4	14	41.2	0.7
P28	28	23.3	8	19.0	5	15.2	4	11.8	0.04*
P29	80	66.7	19	45.2	18	54.5	23	67.6	0.02*
P30	46	38.3	16	38.1	13	39.4	20	58.8	0.4
P31	67	55.8	15	35.7	14	42.4	11	32.4	0.1
P32	67	55.8	23	54.8	17	51.5	25	73.5	0.02*
P33	40	33.3	13	31.0	7	21.2	13	38.2	0.9
P34	98	81.7	34	81.0	30	90.9	33	97.1	0.3
P35	3	2.5	1	2.4	1	3.0	1	2.9	0.6
P36	38	31.7	11	26.2	11	33.3	3	8.8	0.1
P37	28	23.3	9	21.4	5	15.2	6	17.6	0.3
P38A	15	12.5	8	19.0	2	6.1	6	17.6	<0.01*
P38B	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.9	0.5
P39A	21	17.5	11	26.2	5	15.2	8	23.5	0.05*
P39B	6	5.0	1	2.4	6	18.2	3	8.8	0.1

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Rezultatet demostrojnë që niveli i njohurive të pjesës së dytë të PNJQLDH, është pothuajse i njëjtë në të gjithë pjesëmarrësit pavarësisht viteve të eksperiencës në punë (Tabela 42).

Në lidhje me eksperiencën në punë, ndryshim sinjifikant për pohimet e sakta u gjet për pyetjen e njëzet e pestë *“Cili nga medikamentet analgjezike të mëposhtme konsiderohet si bari i përzgjedhur për trajtimin e dhembjeve që zgjasin në kohë, nga të moderuara deri në të forta tek pacientët me kancer”*, me mbizotërim të përgjigjeve të sakta të stafit infermieror me eksperiencë 21-30 vite, 90.9% (n = 30), $p = 0.05$.

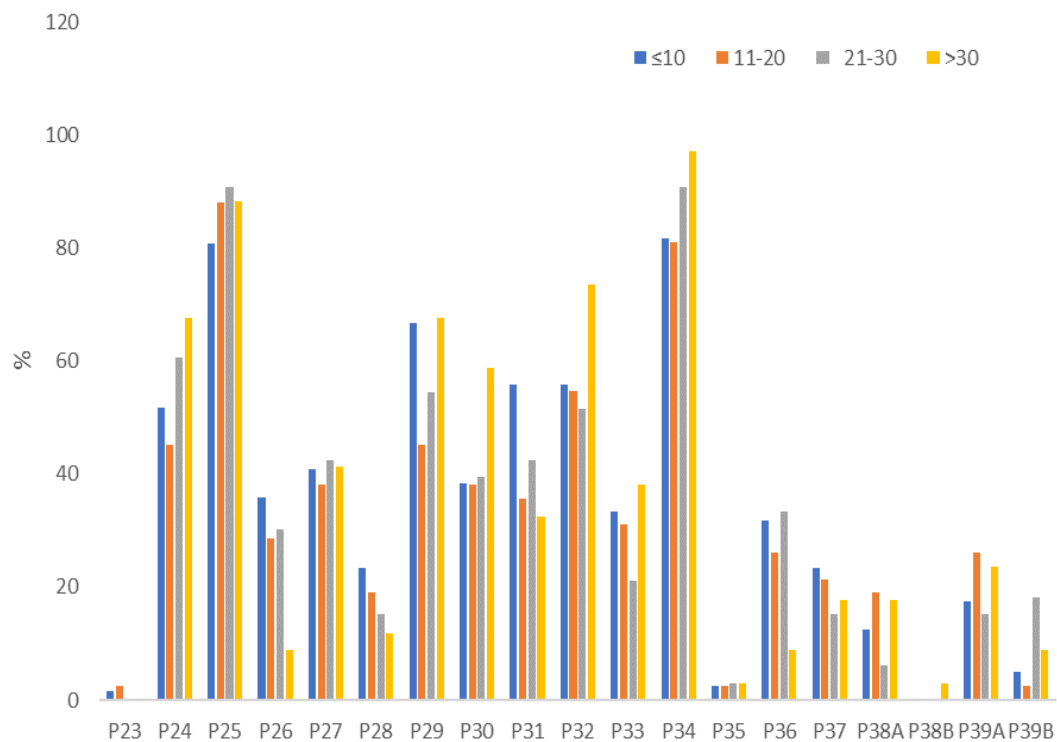
Dallim sinjifikant paraqitet edhe në pyetjet; njëzet e gjashtë *“Një dozë prej 30 mg morfinë orale është afërsisht ekuivalente me”*, $p < 0.01$, me mbizotërim të përgjigjeve të sakta të stafit infermieror me eksperiencë më pak ose 10 vite, përkatësisht 35.8% (n = 43); në pyetjen e njëzet e tetë *“Një pacient me dhembje të vazhdueshme nga tumori ka marrë analgjezik opioid çdo ditë për 2 muaj. Ditën e djeshme pacientit iu administruan 200 mg/orë morfinë intravenoze. Sot ka marrë 250 mg/orë në rrugë intravenoze. Gjasat që pacienti të shfaqë depresion respirator klinikisht të rëndësishëm në mungesë të sëmundjeve të tjera bashkëshoqëruese është:”*, $p = 0.04$, ku mbizotëron përsëri në pohime të sakta stafi me eksperiencë më pak ose 10 vite (23.3%, n = 28).

Stafi infermieror me eksperiencë 11-20 vite ka grumbulluar numrin më të lartë të përgjigjeve të sakta në pyetjet: tridhjetë e tetë A *“Në kartelën e pacientit duhet të shënoni dhembjen e tij në shkallën si më poshtë. Rrethoni numrin që përfaqëson vlerësimin tuaj për dhembjen e Andreas”* dhe tridhjetë e nëntë A *“Në kartelën e pacientit duhet të shënoni dhembjen e tij në shkallën më poshtë. Rrethoni numrin që përfaqëson vlerësimin tuaj për dhembjen e Robertit”*, përkatësisht 19% në pyetjen e tridhjetë e tetë A, $p < 0.01$, dhe 26.2% në pyetjen e tridhjetë e nëntë A, $p = 0.05$.

Pjesëmarrësit me eksperiencë pune më shumë se 30 vite kanë rezultuar me numër më të lartë të përgjigjeve të sakta në pyetjen e tridhjetë e dy *“Cili nga pohimet e mëposhtme përshkruan qasjen më të mirë ndaj faktorëve kulturorë në kujdesin e pacientëve me dhembje”*, 73.5% (n = 25), dhe me sinjifikancë $p = 0.02$.

Në pyetjen e njëzet e nëntë *“Arsyeja më e zakonshme që një pacient me dhembje do të kërkojë rritje të dozave të barnave kundër dhembjes është”*, përgjigjet e sakta të dhëna nga stafi infermieror me eksperiencë më pak ose 10 vite, 66.7% (n = 80), janë në nivel pothuajse të njëjtë me përgjigjet e stafit me më shumë se 30 vite eksperiencë në punë, 67.6% (n = 23), me ndryshim sinjifikant $p = 0.02$.

Për pjesën tjetër të pyetjeve të seksionit të dytë të PNJQLDH, nuk u gjet ndryshim sinjifikant për përgjigjet e sakta (Grafiku 19).



Grafiku 19. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas eksperiencës në punë

Tabela 43. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas eksperiencës në punë

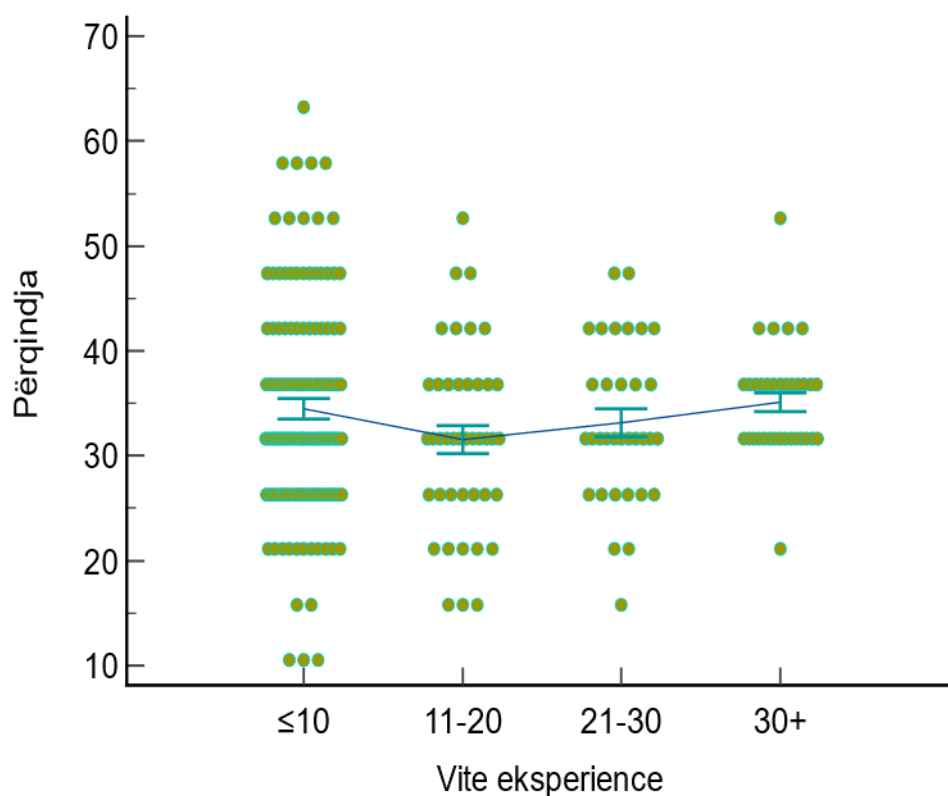
Eksperienca në punë	Frekuenca e pohimeve të sakta (%)		% Mesatare	<i>p</i>
	Min	Max		
≤10	10.5	63.2	34.5	0.3
11-20	15.8	52.6	31.6	
21-30	15.8	47.4	33.2	
>30	21.1	52.6	36.8	

*Chi-square *p*-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Rezultatet e studimit demonstruan se frekuenca e njohurive mesatare të stafit infermieror, që morën pjesë në studim, janë pothuajse të njëjta për të gjithë, pavarësisht viteve të eksperiencës në punë (Tabela 43).

Infermierët, të cilët kanë më pak ose 10 vite eksperiencë në punë janë përgjigjur saktë mesatarisht 34.5% të pyetjeve, infermierët që kanë 11-20 vite në punë i janë përgjigjur saktë mesatarisht 31.6% të pyetjeve. Stafi infermieror, i cili ka 21-30 vite në punë i janë përgjigjur saktë mesatarisht 33.2% të pyetjeve dhe stafi, i cili ka më shumë se 30 vite eksperiencë në punë i janë përgjigjur saktë mesatarisht 36.8% të pyetjeve.

Në vlerat e përgjigjeve të sakta të dhëna sipas viteve të eksperiencës në punë për pjesën e pyetjeve me zgjedhje të shumëfishta, nuk paraqitet ndryshim sinjifikant, $p = 0.3$ (Grafiku 20).



Grafiku 20. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas eksperiencës në punë

❖ Vlerësimi i njohurive sipas trajnimeve

Tabela 44. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas trajnimeve

Pyetjet	JO		PO		p
	N	%	N	%	
P23	1	2.4	2	1.1	0.8
P24	28	68.3	96	51.1	0.06
P25	33	80.5	161	85.6	0.3
P26	20	48.8	48	25.5	0.02*
P27	20	48.8	73	38.8	0.09
P28	12	29.3	33	17.6	0.2
P29	26	63.4	114	60.6	0.8
P30	21	51.2	74	39.4	0.3
P31	30	73.2	77	41.0	<0.01*
P32	31	75.6	101	53.7	0.01*
P33	19	46.3	54	28.7	0.1
P34	35	85.4	160	85.1	0.5
P35	0	0.0	6	3.2	0.6
P36	9	22.0	54	28.7	0.4
P37	5	12.2	43	22.9	0.2
P38A	8	19.5	23	12.2	0.1
P38B	0	0.0	1	0.5	0.7
P39A	7	17.1	38	20.2	0.09
P39B	5	12.2	11	5.9	0.09

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

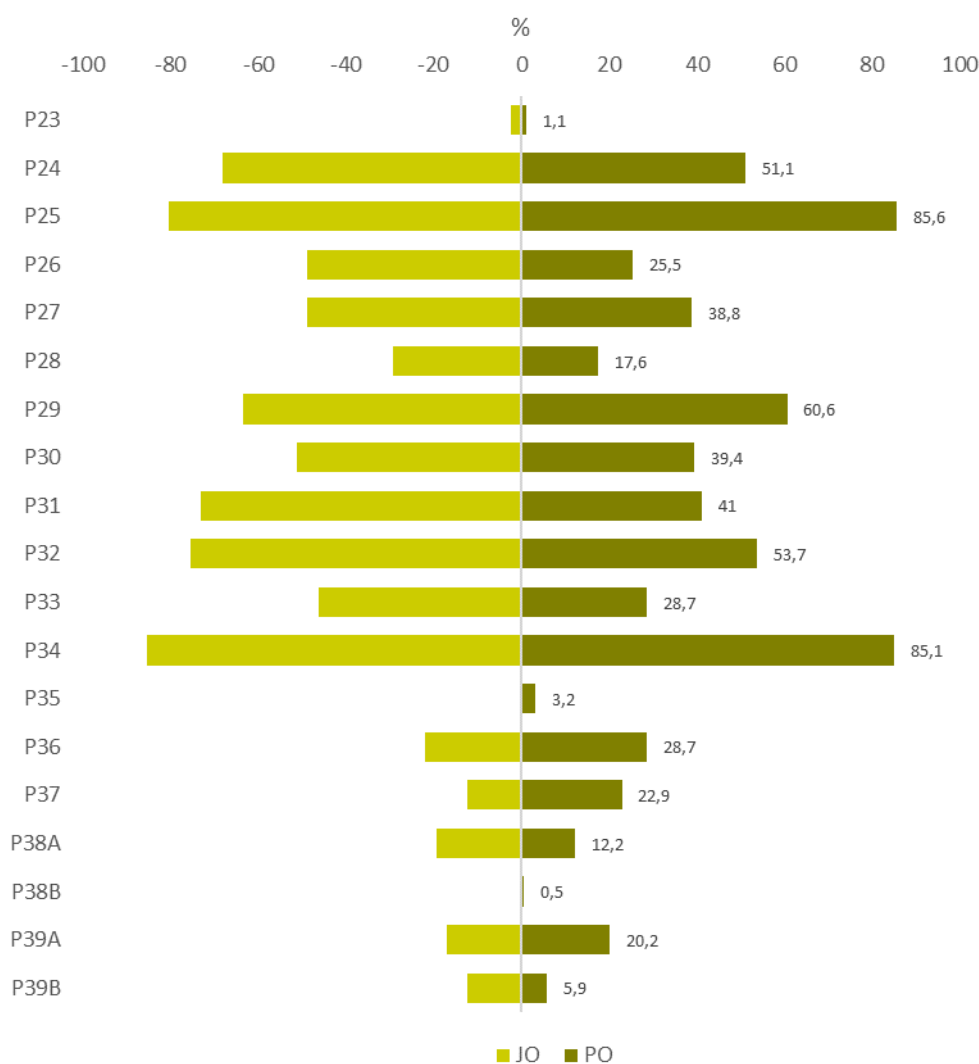
Sipas rezultateve korrelacionare me nivelin e njohurive të pjesëmarrësve dhe pjesëmarrjes së tyre në trajnime, ndryshim sinjifikant për pohimet e sakta u gjet vetëm për 3 nga 19 pyetjet e kësaj pjese të pyetësorit, ($p \leq 0.05$) (Tabela 44).

Vlerat e sinjifikancës në nivelin e njohurive të stafit infermieror për pyetjet me zgjedhje të shumëfishta në lidhje me pjesëmarrjen në trajnime ishin përkatesisht; $p = 0.02$ për pyetjen e njëzet e gjashtë “Një dozë prej 30 mg morfinë orale është afërsisht ekuivalente me”; $p < 0.01$ për pyetjen e tridhjetë e një “Vlerësuesi më i saktë për

intensitetin e dhembjes së pacientit është.”; dhe $p = 0.01$ për pyetjen e tridhjetë e dy “Cili nga pohimet e mëposhtme përshkruan qasjen më të mirë ndaj faktorëve kulturorë në kujdesin e pacientëve me dhembje”. Për këto pyetje ka rezultuar se stafi që nuk ka marrë pjesë në trajnime është përgjigjur më shpesh saktë, me ndryshim sinjifikant me stafin e trajnuar.

Pjesëmarrësit, të cilët kanë marrë pjesë në trajnime kanë rezultuar me njohuri më të larta për pyetjet: P25, P36, P37, dhe P39A, por këto rezultate nuk kanë ndryshim sinjifikant me stafin e patrajnuar.

Në pjesën tjetër të pyetjeve nuk u gjet ndryshim sinjifikant ndërmjet dy kategorive. Rezultatet janë ilustruar edhe në grafikun e mëposhtëm (Grafiku 21).



Grafiku 21. Frekuenca e pohimeve të sakta sipas trajnimeve

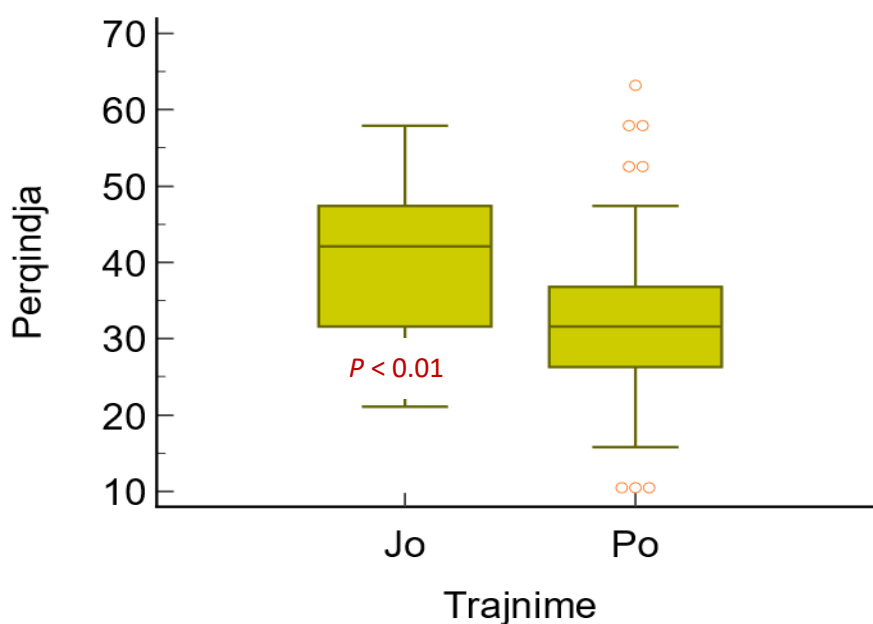
Tabela 45. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas trajnimeve

Trajnime	Frekuenca e pohimeve të sakta (%)		% Mesatare	<i>p</i>
	Min	Max		
JO	21.1	57.9	39.7	<0.01*
PO	10.5	63.2	32.6	

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Nga analiza e të dhënave rezultoi një nivel mesatar pothuajse i njëjtë i njohurive ndërmjet pjesëmarrësve të cilët kanë marrë pjesë në trajnime dhe atyre të cilët nuk kanë zhvilluar asnjë trajnim (Tabela 45).

Stafi i cili ka zhvilluar trajnime në lidhje me menaxhimin e dhembjes i janë përgjigjur saktë mesatarisht 32.6% të pyetjeve me alternativa të shumëfishta, me përfaqësim të vlerës minimale 10.5% dhe të vlerës maksimale 63.2%. Ndërsa pjesëmarrësit, të cilët nuk kanë marrë pjesë në trajnime, kanë një vlerë të frekuencës mesatare të përgjigjeve të sakta mesatarisht 39.7%, vlera minimale e përqindjes mesatare 21.1% dhe maksimale 57.9%. Në vlerat e përgjigjeve të sakta të dhëna sipas trajnimeve të kryera, për pjesën e pyetjeve me zgjedhje të shumëfishta të pyetësorit, shikohet ndryshim sinjifikant ndërmjet këtyre dy kategorive, $p < 0.01$ (Grafiku 22).



Grafiku 22. Frekuenca mesatare e përgjigjeve të sakta sipas trajnimeve

4.4. Rezultati mesatar i njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve mbi dhembjen

Në këtë pjesë është llogaritur niveli mesatar i njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve pjesëmarrës në studim, i shprehur në vlerë mesatare dhe me vlera minimale dhe maksimale. Gjithashtu, është realizuar dikotimizimi i përqindjes së përgjigjeve të sakta duke e klasifikuar nivelin e njohurive në dy variabla, nivel i ulët $\leq 50\%$ dhe nivel i mirë $>50\%$ (Tabela 46).

Tabela 46. Niveli mesatar i njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve

Njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve					
Variabla dhe niveli i njohurive	N (%)	Min	Max	M (SD)	Niveli
Njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve		24,39%	63,41%	46.1% (7.19)	
Nivel i mirë ($>50\%$)	38 (16,6)				I ulët
Nivel i ulët ($\leq 50\%$)	191 (83,4)				

Në tabelën e mësipërme është paraqitur rezultati mesatar i nivelit të njohurive dhe qëndrimeve të dyqind e njëzet e nëntë pjesëmarrësve në studim (Tabela 46). Niveli mesatar i PNJQLDH rezultoi të ishte 46.1%, SD ± 7.19 , duke i klasifikuar njohuritë e pjesëmarrësve si të pamjaftueshme. Një vlerë e tillë e raportuar është kategorizuar si nivel i ulët i njohurive. Vlerat minimale dhe maksimale të frekuencës së njohurive variojnë përkatësisht nga 24.39% deri në 63.41%.

Sipas analizës statistikore ka rezultuar që një pjesë e vogël e pjesëmarrësve, 16.6% (n = 38), janë përgjigjur saktë, në vlera më të larta se 50% të pohimeve të sakta, duke u klasifikuar me nivel të mirë të njohurive.

Pjesa tjetër, 83.4% (n = 191), kanë arritur të përfitojnë nivel më të ulët se 50% të pohimeve të sakta, pa ndryshim sinjifikant midis të dyja kategorive, $p = 1$.

4.5. Analiza e regresionit logjistik multivariat

Regresioni logjistik përdoret për të vlerësuar ndikimin e variablave të pavarura mbi një variabli binar të varur (Vetter & Schober, 2018). Ky model statistikor ndihmon për të parashikuar probabilitetin që një ngjarje mund të ndodh.

Në ndryshim nga regresioni linear, i cili vlerëson vlera të vazhdueshme, regresioni logjistik përdoret kryesisht për parashikimet binare, duke përdorur një funksion logjistik për të transformuar çdo vlerë në një interval nga 0 në 1 (Martínez Pérez & Pérez Martín, 2024).

Në studimin tonë janë përdorur disa koeficientë e teste të cilët bëjnë pjesë në modelin e regresionit logjistik multivariat.

- Coefficient β - Përfaqëson efektin që mund të ketë një variabël i pavarur në llogaritjen e gjasave të variablave të varura.
- Standard Error (S.E.) - Përfaqëson ndryshueshmërinë e Coefficientit β në lidhje me popullsinë nga ku është marrë kampjoni.
- Wald - Testi Wald përdoret për të vlerësuar rëndësinë e koeficientëve të variablave të pavarura në model.
- P Significant (Sig) - Vlerëson rëndësinë statistikore të koeficientëve.
- Exponent B (Exp B) - Përfaqëson raportin e gjasave, shpesh e hasim edhe me termin Odds Ratio (OR).
 - Nëse Exp (B) është në vlera >1 tregon se një rritje në variablin e pavarur rrit shanset e ngjarjes së synuar. Nëse rezulton në vlera <1 një rritje në variablin e pavarur zvogëlon shanset e ngjarjes së synuar, dhe nëse Exp (B) është $= 1$ variabli i pavarur nuk paraqet asnjë efekt mbi probabilitetin e asaj ngjarjeje.
- 95% C.I. for EXP(B) - Intervali i besimit 95% i raportit të gjasave, përfaqëson një interval brënda të cilit ne presim që raporti i gjasave në popullatë, të ndodhi me një probabilitet prej 95%.

❖ Faktorët që ndikojnë në nivelin e njohurive me $\leq 50\%$. PJESA e parë e PNJQLDH me zgjedhje dikotomike

Tabela 47. Faktorët prediktorë për njohuri të ulëta për pjesën e parë të PNJQLDH

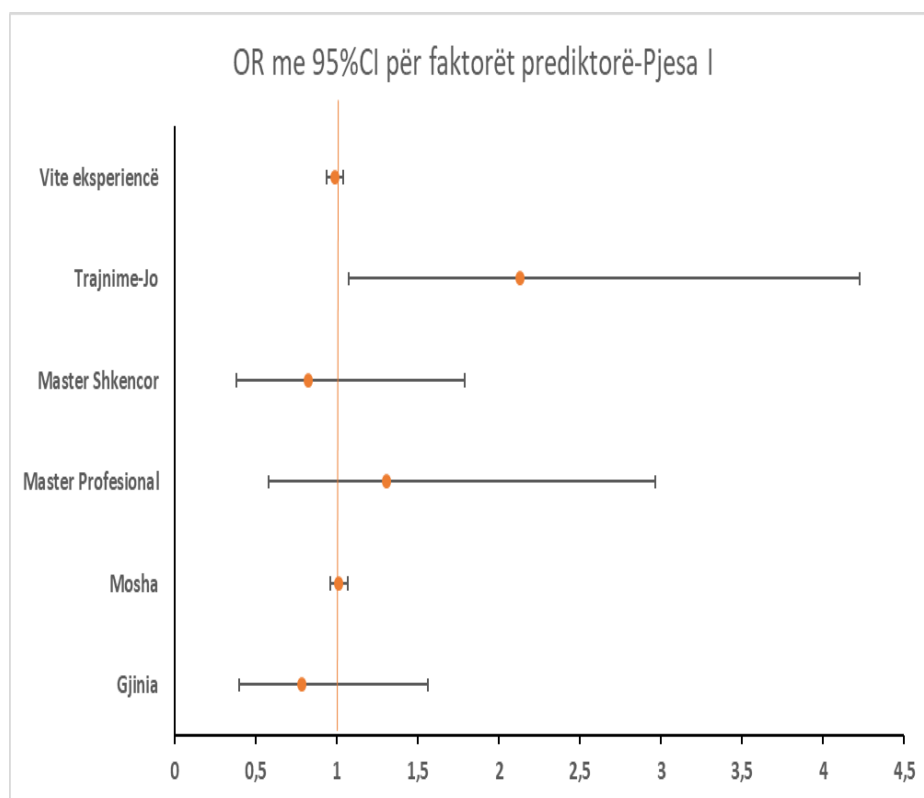
Variablat	Coefficient β	Std. Error S.E.	Wald	p Sig.	Exp (B)	95%C.I. EXP(B) for	
						Lower	Upper
Gjinia	-0.24154	0.35008	0.4760	0.490	0.785	0.395	1.560
Mosha	0.012374	0.028005	0.1952	0.658	1.012	0.958	1.070
Master Profesional	0.26683	0.41793	0.4076	0.523	1.306	0.576	2.962
Master Shkencor	-0.19325	0.39529	0.2390	0.624	0.824	0.380	1.789
Trajnime: “Jo”	0.75474	0.35025	4.6435	0.031*	2.127	1.071	4.226
Vite eksperiencë	-0.015243	0.025332	0.3621	0.547	0.985	0.937	1.035

*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Tabela e mësipërme paraqet analizën e regresionit logjistik multivariat të faktorëve ndikues për nivelet e ulëta të njohurive, sipas rezultateve të marra nga pjesa e parë e PNJQLDH, e shprehur kjo nëpërmjet variablave të ndryshme (Tabela 47). Këto vlera përfaqësojnë efektin e secilit variabël në shanset e ngjarjes me interes.

- Gjinia: Ka një koeficient $\beta = -0.24154$, i cili nuk është statistikisht i rëndësishëm ($p = 0.490$).
- Mosha: Koeficienti $\beta = 0.012374$, gjithashtu jo i rëndësishëm statistikisht ($p = 1.012$).
- Master Profesional: Koeficienti $\beta = 0.26683$, pa rëndësi statistikore ($p = 1.306$).
- Master Shkencor: Koeficienti $\beta = -0.19325$, pa rëndësi statistikore ($p = 0.824$).

- Trajnime - "Jo": Ky variabël ka një koeficient β pozitiv prej 0.75474 dhe statistikisht sinjifikant ($p = 0.031$), duke treguar një lidhje të fortë me nivelin e ulët të njohurive.
- Vite eksperience: Koeficienti $\beta = -0.015243$, i cili është jo i rëndësishëm ($p = 0.547$).



*OR=1, asnjë efekt; OR>1, lidhje pozitive; OR<1, lidhje negative.

Grafiku 23: Raporti i gjasave (OR) me interval besimi 95%, për pjesën e parë të PNJQLDH

Në analizën e modelit të regresionit logjistik multivariat, i cili kontrollon për konfunduesit e mundshëm, faktor sinjifikant dhe i pavarur për nivelin e ulët të njohurive rezultoi mungesa e trajnimeve, me një vlerë $p = 0.031$, duke sugjeruar se mungesa e trajnimit shoqërohet me nivele më të ulëta njohurish.

Gjithashtu, bazuar në raportin e gjasave, stafi infermieror i cili nuk ka marrë pjesë në trajnime ka 2.1 herë më tepër gjasa që mos ti përgjigjet saktë pyetjeve me zgjedhje binare, krahasuar me stafin e trajnuar, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (OR = 2.1; 95%CI 1.070-4.226; $p = 0.031$) (Grafiku 23).

❖ Faktorët që ndikojnë në nivelin e njohurive me $\leq 50\%$. PJESA e dytë e PNJQLDH me alternativa të shumëfishta

Tabela 48. Faktorët prediktorë për njohuri të ulëta për pjesën e dytë të PNJQLDH

Variablat	Coefficient β	Std. Error S.E.	Wald	p Sig.	Exp (B)	95%C.I. for EXP(B)	
						Lower	Upper
Gjinia	-19.60165	7.97074	0.09044	0.997	3.07e-09	5.04e-16	0.0187
Mosha	0.081966	0.055178	2.2066	0.137	1.085	0.974	1.209
Master Profesional	-0.73345	1.00122	0.5366	0.463	0.480	0.0675	3.418
Master Shkencor	0.27989	0.82907	0.1140	0.735	1.323	0.0367	47.697
Trajnime: “Jo”	2.08880	0.72571	8.2845	0.004*	8.075	1.947	33.488
Vite eksperiencë	-0.095980	0.056169	2.9199	0.087	0.908	0.821	1.005

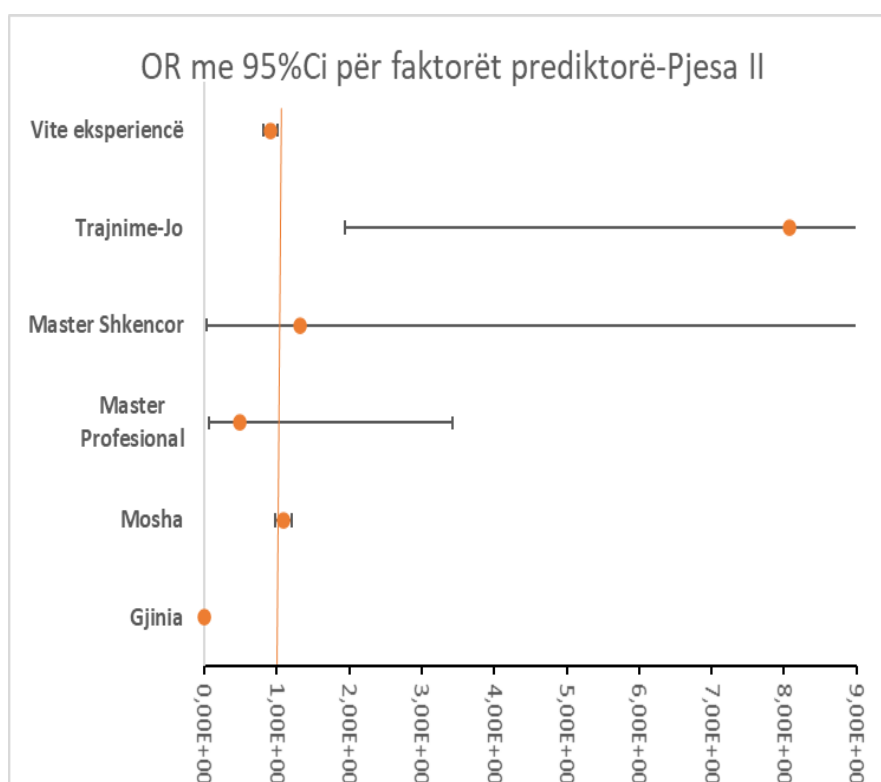
*Chi-square p-value sinjifikant ($p \leq 0.05$)

Kjo tabelë paraqet një analizë të regresionit logjistik multivariat të faktorëve ndikues në nivelet e ulëta të njohurive, për rezultatet e marra nga pjesa e dytë e PNJQLDH, me variablat e mëposhtëm:

- Gjinia: Ka një koeficient $\beta = -19.60165$, i cili nuk është statistikisht i rëndësishëm ($p = 0.997$).
- Mosha: Koeficienti $\beta = 0.081966$, gjithashtu jo i rëndësishëm statistikisht ($p = 0.137$).
- Master Profesional: Koeficienti $\beta = -0.73345$, pa rëndësi statistikore ($p = 0.463$).
- Master Shkencor: Koeficienti $\beta = 0.27989$, gjithashtu jo i rëndësishëm statistikisht ($p = 0.735$).

- Trajnime - "Jo": Ky variabël ka një koeficient pozitiv prej 2.08880 dhe është statistikisht i rëndësishëm ($p = 0.004$), duke treguar një lidhje të fortë me nivelet më të ulëta të njohurive.
- Vite eksperience: Koeficienti $\beta = -0.095980$, i cili është jo i rëndësishëm ($p = 0.087$).

Këto vlera përfaqësojnë efektin e secilës variabël në shanset e ngjarjes me interes. Një vlerë mbi 1 tregon një rritje në shanset, ndërsa një vlerë nën 1 tregon një rënie.



*OR=1, asnjë efekt; OR>1, lidhje pozitive; OR<1, lidhje negative.

Grafiku 24. Raporti i gjasave (OR) me interval besimi 95%, për pjesën e dytë të PNJQLDH

I vetmi faktor sinjifikant dhe i pavarur për nivel të ulët të njohurive për pjesën e dytë të pyetësorit, rezultoi mungesa e trajnimeve, me një vlerë $p = 0.004$, duke sugjeruar se mungesa e trajnimit shoqërohet me nivele më të ulëta njohurish. Gjithashtu, bazuar në raportin e gjasave, stafi i cili nuk ka marrë pjesë në trajnime ka 8 herë më tepër gjasa që mos ti përgjigjet saktë pyetjeve me zgjedhje të shumëfishta, krahasuar me stafin e trajnuar, me ndryshim sinjifikant ndërmjet tyre (OR=8.075; 95%CI 1.947-33.488; $p = 0.004$) (Grafiku 24).

KAPITULLI V

DISKUTIME DHE KONKLUSIONE

5.1. DISKUTIME

Ky kapitull shqyrton gjetjet e përfituara nga të dhënat e studimit tonë, përmes anketës së PNJQLDH, dhe i krahason ato me studime ndërkombëtare që kanë pasur të njëjtin qëllim: vlerësimin e nivelit të njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve ndaj menaxhimit të dhembjes. Ky krahasim synon të identifikojë ngjashmëritë dhe diferencat mes studimeve, për të ofruar një pasqyrë më të plotë mbi mënyrën se si infermierët e trajtojnë dhe e kuptojnë menaxhimin e dhembjes.

Bazuar në rishikimin e literaturës, nuk është gjetur asnjë studim i kryer mbi njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve në lidhje me menaxhimin adekuat të dhembjes në qytetin e Elbasanit. Ky studim është i pari i këtij lloji, i realizuar mbi njohuritë dhe qëndrimet në lidhje me menaxhimin e dhembjes në stafin infermieror të Spitalit Rajonal “Xhaferr Kongoli” Elbasan, duke përdorur si instrument matës për mbledhjen e të dhënave një pyetësor të standardizuar. Ky pyetësor është përdorur në shumë vende të ndryshme të botës, për të matur nivelin e njohurive dhe qëndrimeve të stafit mjekësor mbi menaxhimin e dhembjes, por edhe të studentëve të cilët përgatiten në këtë fushë (Ferrell & McCaffery, 2014).

Niveli i lartë i pjesëmarrjes në studim sugjeron një interes të konsiderueshëm të infermierëve për temën e menaxhimit të dhembjes, duke treguar rëndësinë që ka kjo çështje në praktikën e tyre profesionale. PNJQLDH mbetet një mjet i vlefshëm për vlerësimin e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve që punojnë me pacientët që përjetojnë dhembje, pasi përfshin katër dimensione kryesore të praktikës klinike: dhembjen e kancerit, përdorimin e medikamenteve analgjezike, vlerësimin në kohën e duhur të dhembjes dhe ndërhyrjet adekuate për trajtimin e saj (Ferrell & McCaffery, 2014).

Sipas autorëve të këtij pyetësi, një rezultat nën 80% të përgjigjeve interpretohet si tregues i mungesës së njohurive të mjaftueshme për menaxhimin e pacientëve që

vuajnë nga dhembja (Ferrell & McCaffery, 2014). Gjetjet e këtij studimi theksojnë nevojën për zhvillim të vazhdueshëm profesional, në mënyrë që infermierët të mund të përmirësojnë njohuritë dhe aftësitë praktike në trajtimin e dhembjes. Kjo do të ndikonte pozitivisht në cilësinë e kujdesit infermieror, duke kontribuar në lehtësimin e vuajtjeve të pacientëve dhe përmirësimin e cilësisë së jetës së tyre. Për rrjedhojë, organizimi i trajnimeve të rregullta në këtë fushë do të ishte thelbësor për rritjen e kompetencës profesionale dhe ndërgjegjësimin e infermierëve.

Në këtë studim morën pjesë infermierë të punësuar në spitalin rajonal “Xhaferr Kongoli” në Elbasan. Gjetjet e përfituara nga analiza e të dhënave sugjerojnë se niveli i njohurive dhe qëndrimeve ndaj menaxhimit të dhembjes mbetet mesatar, çka mund të reflektojë mangësi në përgatitjen praktike dhe teorike të infermierëve. Disa pjesëmarrës treguan prirje më të mira në disa aspekte të menaxhimit të dhembjes, por përgjithësisht mbetet evidente nevoja për rritje të kompetencave. Ky rezultat nënvizon nevojën për ndërhyrje arsimore dhe përfshirjen e trajnimeve të specializuara në programet e edukimit infermieror. Përmirësimi i njohurive për menaxhimin e dhembjes do të mundësonte rritjen e efikasitetit në praktikë dhe përmirësimin e kujdesit ndaj pacientëve që përjetojnë dhembje.

Disa fusha të pyetësorit, sidomos ato që lidhen me menaxhimin e dhembjes së kancerit dhe trajtimin farmakologjik, duket se përbëjnë pika të dobëta në njohuritë e infermierëve, një tendencë që përputhet me gjetjet e studimeve ndërkombëtare. Nga literatura janë evidentuar mangësi të ngjashme në njohuritë e infermierëve mbi menaxhimin e dhembjes dhe përdorimin e analgjezikeve në praktikën klinike (Al-Sayaghi et al., 2022; Alsalman et al., 2023; Hroch et al., 2019; Peng et al., 2021; Seipajærv et al., 2024; Yu et al., 2021).

Një rezultat mesatar total prej 46.1% është nën nivelin minimal të pranueshëm dhe të rekomanduar nga autorët e pyetësorit, të cilët sugjerojnë një vlerë më të madhe se 80%, si përfaqësuese për njohuri dhe qëndrime adekuate ndaj dhembjes (Ferrell & McCaffery, 2014). Edhe pse klasifikohet si nivel i ulët njohurish, kjo vlerë afërsisht 50% demonstroi që stafi infermieror zotëron njohuri bazë mbi menaxhimin e dhembjes, megjithatë ekzistojnë disa barrierat që ndikojnë në trajtimin jo optimal të dhembjes së pacientëve. Një arsye e mundshme është fakti se shumica e pyetjeve të PNJQLDH lidhen me aspektet farmakologjike, të cilat janë të rëndësishme në menaxhimin e

dhembjes, duke reflektuar një mangësi të kompetencave farmakologjike të stafit infermieror. Rezultate të ngjashme u raportuan në një studim të publikuar në vitin 2024 nga Samara et al. (2024), ku ishin të përfshirë 151 infermierë në Qatar, dhe rezultuan me frekuencë të përgjigjeve të sakta 48%. Një studim tjetër, nga Nguyen et al. (2021) i realizuar në Vietnam me 154 infermierë, raportoi se asnjë pjesëmarrës nuk arriti të mblidhte pikë të mjaftueshme për t'u klasifikuar me njohuri të larta, shumica prej tyre (72.2%) rezultuan me njohuri të ulëta dhe vetëm 27.8% u klasifikuan me njohuri të mira. Edhe në studime të tjera u evidentua një deficit i njohurive infermirore dhe qëndrimeve joadekuate në menaxhimin e dhembjes me vlera të përafërta me studimin tonë (Al-Sayaghi et al, 2022; Alkhatib et al., 2020; Chia et al., 2024; Kahsay & Pitkäjärvi, 2019; Zaabi et al., 2023). Vlera të përafërta të nivelit të njohurive dhe qëndrimeve mbi menaxhimin e dhembjes u gjetën edhe në rezultatet e një rishikimi sistematik, në të cilin u përfshinë 18 studime, të cilët kanë përdorur të njëjtin instrument matës. Rezultati mesatar i njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve në këtë rishikim rezultoi të ishte në vlera 52.9%, dhe asnjëri nga studimet e përfshira nuk raportoi të kishte rezultate mesatare mbi 80%, duke indikuar njohuri të kufizuara dhe qëndrime të gabuara ndaj vlerësimit dhe menaxhimit të dhembjes (Ortiz et al., 2022).

Rezultate më të ulëta të nivelit të njohurive dhe qëndrimeve mbi dhembjen, në krahasim me gjetjet tona raportohen edhe në disa studime të tjera. Një studim i vitit 2024 në Norvegji, kuazi-eksperimental pre-post dizajn, në të cilin u matën njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve në lidhje me dhembjen në dy faza të ndryshme. Gjatë fazës së parë të këtij studimi u raportuan vlera të ulëta (27.8%) të njohurive dhe qëndrimeve mbi dhembjen. Në fazën e dytë të studimit Norvegjian, pasi u realizuan disa orë trajnimesh në të njëjtin grup pjesëmarrësish vlerat e nivelit të njohurive dhe qëndrimeve u rritën në mbi 80%. Rezultatet e këtij studimi theksuan rëndësinë e programeve edukative dhe përfshirjen e trajnimeve në lidhje me menaxhimin e dhembjes (Seipajærv et al., 2024). Gjithashtu, edhe në një studim të kryer nga Samarkandi (2018), në Arabinë Saudite, u raportua nivel i ulët i njohurive, ku frekuenca e përgjigjeve të sakta të pyetësorit rezultoi në 18.5%. Vlera të ulëta të nivelit të njohurive dhe qëndrimeve në lidhje me dhembjen u raportuan edhe në studime të tjera; në Palestinë 17.4% (Salameh, 2018), në Turqi 15.35% (Türker &

Şanlı, 2024), në Etiopi 43.1% (Fenta et al., 2023), në Jordani 29% (Nuseir et al., 2016), në Bregun Perëndimor të Palestinës 15.5% (Nimer & Ghrayeb, 2017).

Tosun dhe Yeşilyurt realizan një studim mbi nivelin e njohurive dhe qëndrimeve ndaj dhembjes te studentët e viteve të fundit të infermierisë në universitetin e Fenerbahçes dhe raportuan vlera të ulëta të përfituara, me frekuencë mesatare të përgjigjeve të sakta 13.48%. Autorët rekomanduan përfshirjen e udhëzuesve të standardizuar për menaxhimin e dhembjes në kurrikulat e infermierisë (Tosun & Yeşilyurt, 2024). Gjatë një rishikimi integruar të 28 artikujve mbi njohuritë dhe qëndrimet e studentëve të vitit të fundit të infermierisë në lidhje me menaxhimin e dhembjes, i realizuar nga Alshehri et al. (2024), rezultoi nivel i ulët i njohurive të studentëve. Autorët e këtij rishikimi vendosën theksin te përmirësimi i programeve të edukimit, zhvillimin e kurrikulave dhe evidentimin e faktorëve ndikues në nivelin e njohurive ndaj dhembjes, pasi kjo mund të ndikojë në rritjen e cilësisë së kujdesit.

Në kundërshtim me gjetjet e punimit tonë, disa studime kanë raportuar nivel të lartë njohurish dhe qëndrimesh të infermierëve mbi dhembjen. Hroch et al. (2019) evidentuan vlera të larta ($66.7\% \pm 9.1\%$) të njohurive dhe qëndrimeve mbi dhembjen dhe treguan se pjesëmarrësit kishin marrë trajnime mbi menaxhimin e simptomave të kancerit përpara plotësimit të pyetësorit, duke i konsideruar këto trajnime si një faktor të rëndësishëm në njohuri. Tagele et al. (2023) gjetën se shumica e pjesëmarrësve (67.1%) kishin rezultate pozitive ndaj menaxhimit të dhembjes, megjithatë sugjeruan përmirësime të njohurive të stafit infermior për të eliminuar keqkuptimet, veçanërisht mbi perceptimin e dhembjes, analgjezinë opioidale, analgjezinë multimodale dhe terapitë jofarmakologjike të dhembjes.

Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve në studim tonë janë femra (77.9%). Analiza e rezultateve tregoi se nuk kishte ndryshim të ndjeshëm në nivelin e përgjithshëm të njohurive mbi menaxhimin e dhembjes midis gjinive. Niveli mesatar i njohurive rezultoi pothuajse i njëjtë në të dyja gjinitë: në pjesën e parë të pyetësorit, femrat i janë përgjigjur saktë mesatarisht 49.9% të pyetjeve, ndërsa meshkujt 51.1% të pyetjeve, pa pasur sinjifikancë midis tyre. Në pjesën e dytë të pyetësorit, femrat u përgjigjën saktë mesatarisht 34.9% të pyetjeve, ndërsa meshkujt 29.9%, përsëri pa ndryshim të konsiderueshëm. Megjithatë, u identifikuan dallime të vogla në përqindjen e përgjigjeve të sakta në disa pyetje specifike (P1, P7, P24, P28, P33,

P38A dhe P39A), ku pjesëmarrëset femra raportuan rezultate më të larta, dhe në pyetjet: P17 P26, P36, P37 dhe P39B, janë përgjigjur saktë meshkujt me ndryshim sinjifikant ($p < 0.01$). Këto gjetje sugjerojnë se mund të ekzistojnë perceptime të ndryshme midis gjinive në aspekte të caktuara të menaxhimit të dhembjes, gjë që mund të lidhet edhe me përbërjen gjinore të shumicës së pjesëmarrësve. Në mënyrë të ngjashme, Fenta et al. (2023) dhe Tägele et al. (2023), në studimet e tyre kanë raportuar se nuk ka ndonjë lidhje të rëndësishme e shprehur midis gjinisë së pjesëmarrësve dhe nivelit të tyre të njohurive mbi dhembjen. Ndërkaq, Molae et al. (2021), gjetën një ndikim të konsiderueshëm të gjinisë ($p = 0.034$) në nivelin e njohurive të tyre, por studime të tjera të këtij lloji janë relativisht të pakta.

Infermierët në Republikën e Shqipërisë, qoftë në spitalet publike apo private, duhet të disponojnë minimalisht një diplomë të nivelit Bachelor në Infermieri. Një diplomë master, qoftë profesional apo shkencor, kontribuon në avancimin e tyre si profesionistë të kujdesit infermior. Edukimi gjatë viteve të studimeve ndikon drejtpërdrejtë në aftësitë që ata zhvillojnë për të menaxhuar situata të ndryshme. Një studim i botuar në prill të 2024 nga Graci (2024), i financuar nga AKKSHI, analizoi barrierat në menaxhimin e dhembjes në spitalet rajonale të jugut të Shqipërisë dhe sygjeroi përditësimin e kurrikulave mësimore për të përfshirë më shumë informacion mbi terapitë e dhembjes, të cilat aktualisht trajtohen kryesisht si pjesë e kujdesit paliativ. Gjithashtu, në këtë studim, ashtu edhe nga literatura e huaj, rekomandohet të implementohen në kurrikulat mësimore, mjekësore dhe infermiore, edhe ndërhyrjet jofarmakologjike për lehtësimin e dhembjes.

Rezultatet e studimit tonë raportojnë se pjesa më e madhe e pjesëmarrësve kanë përfunduar studimet e nivelit të lartë, dhe një përqindje e konsiderueshme e pjesëmarrësve (51.1%) zotëron diplomë master shkencor. Këto të dhëna përputhen me literaturën ndërkombëtare, të cilat theksojnë rëndësinë e rritjes së kualifikimeve tek infermierët, ku ata me më shumë kualifikime shpesh shfaqin qëndrime më pozitive ndaj menaxhimit të dhembjes (Admass et al., 2020; Ahmadi et al., 2023; Liyew et al., 2020; Tägele et al., 2023; Seipajævi et al., 2024). Solomon et al. (2021) raportuan se infermierët që dispononin një diplomë të nivelit të dytë, kishin gjasa më të larta për të dhënë përgjigje të sakta ($OR = 3.56$; 95% CI: 1.32, 9.60), duke reflektuar nivel më të mirë të njohurive mbi dhembjen. Megjithatë, si në studimin tonë, ashtu edhe në disa të tjerë, diferencat në nivelin e njohurive ndërmjet grupeve me nivele të ndryshme

arsimimi rezultuan jo të rëndësishme (Adams et al., 2020; Al-Sayaghi et al., 2022; Fenta et al., 2023; Samara et al., 2023). Në një studim të kryer nga Nimer & Ghrayeb (2017), u propozua një rishikim i syllabuseve të programeve të infermierisë, pasi pjesëmarrësit të cilët kishin përfunduar studime të nivelit të lartë gjithashtu treguan nivele të papërshtatshme njohurish krahasuar me nivelin e edukimit të tyre. Këto gjetje nënvizojnë nevojën për edukim dhe trajnim të vazhdueshëm të stafit infermieror.

Pjesëmarrësit e studimit tonë u kategorizuan në 4 grupe sipas viteve të eksperiencës në punë: më pak se 10 vjet, 11-20 vjet, 21-30 vjet dhe më shumë se 30 vjet. Pjesa më e madhe e tyre kishin më pak se 10 vjet eksperiencë, duke e klasifikuar stafin infermieror që punon në spitalin e Elbasanit si staf të ri. Ky fenomen mund të lidhet me lëvizjet e emigrimit të stafit infermieror në vendet e Bashkimit Europian. Një trend i dukshëm i viteve të fundit është emigrimi i infermierëve drejt Gjermanisë, i nxitur nga iniciativat e qeverisë gjermane për të rekrutuar infermierë dhe për të mbushur boshllëqet në sektorin e shëndetësisë.

Nga analiza e rezultateve rezultoi se nuk kishte ndryshim të konsiderueshëm në nivelin e njohurive mes grupeve të infermierëve, të klasifikuar sipas viteve të eksperiencës në punë. Pjesëmarrësit shfaqën njohuri të ngjashme në të katër grupet: në pjesën e parë të pyetësorit, përqindja mesatare e përgjigjeve të sakta ishte rreth $50\% \pm 1.5$, ndërsa në pjesën e dytë ishte $33\% \pm 2.5$. Këto gjetje janë në përputhje me studime të tjera, të cilat sugjerojnë se, megjithëse infermierët me më shumë përvojë ndihen më të sigurt në vlerësimin dhe menaxhimin e dhembjes, kjo nuk përkthehet gjithmonë në një nivel më të lartë të njohurive praktike (Al-Sayaghi et al., 2021; Molaee et al., 2021; Liywen et al., 2020; Tagele et al., 2023).

Në kundërshtim me rezultatet tona, disa studime kanë raportuar se eksperiencia që infermierët fitojnë gjatë viteve të punës ka një ndikim pozitiv në nivelin e njohurive dhe qëndrimeve ndaj menaxhimit adekuat të dhembjes. Sipas këtyre studimeve, përvoja gjatë viteve ndihmon në zhvillimin e aftësive dhe përmirësimin e praktikave infermirore, duke përfshirë trajtimin e dhembjes dhe përdorimin e metodave më të avancuara në këtë fushë (Admassie et al., 2022; Fenta et al., 2023; Jira et al., 2020; Tekletsadik et al., 2021).

Infermierët në studimin tonë u grupuan sipas reparteve në të cilët ato kishin deklaruar se punonin. Pjesa më e madhe e tyre punonin në repartin e Urgjencës (14.8%), pasuar nga Kirurgjia (11.4%), Pediatria (9.6%), ndërsa pjesa tjetër ishte e shpërndarë në repartet e tjera. Një gjetje e rëndësishme ishte variabiliteti i njohurive mbi menaxhimin e dhembjes ndërmjet reparteve të ndryshme. Infermierët që punonin në Kirurgji, Reanimacion dhe Neurologji treguan një nivel më të lartë të përgjigjeve të sakta, ndërsa ata që punonin në Pediatri dhe Ortopedi shfaqën një nivel më të ulët njohurish. Ky ndryshim mund të lidhet me natyrën e punës dhe kërkesat specifike të çdo reparti. Infermierët të cilët punojnë në reparte ku pacientët trajtohen për dhembje kronike, si Kirurgjia dhe Neurologjia, kanë mundësinë të përballen më shpesh me trajtime dhe protokolle të menaxhimit të dhembjes, duke ndihmuar në përmirësimin e njohurive në këtë fushë. Ndërkohë, infermierët që punojnë në reparte si Ortopedi, ku dhembja është më episodike dhe më e përkohshme, mund të kenë më pak mundësi për të thelluar njohuritë e tyre mbi menaxhimin afatgjatë të dhembjes.

Të dhënat e studimit tonë janë të ngjashme me studimin e Dessie et al. (2019), i cili vlerësoi njohuritë e infermierëve në lidhje me menaxhimin post-operator të dhembjes. Rezultatet e këtij studimi treguan një nivel të lartë njohurish të stafit dhe arritën në përfundimin se infermierët që punojnë me pacientë që përjetojnë dhembje intensive ose kronike zhvillojnë njohuri dhe kompetenca më të avancuara për shkak të përvojës së tyre të përditshme. Ky rezultat mbështet idenë se eksponimi i vazhdueshëm ndaj menaxhimit të dhembjes mund të kontribuojë në përmirësimin e aftësive profesionale të infermierëve.

Nga rezultatet e këtij studimi, u vu re se një pjesë e konsiderueshme e infermierëve (82.1%) kishin marrë pjesë në trajnime dhe seminare lidhur me menaxhimin e dhembjes, duke treguar angazhim për përmirësimin e njohurive dhe aftësive profesionale. Megjithatë, analiza e të dhënave në të dyja pjesët e pyetësorit treguan nivele pothuajse të ngjashëm të njohurive midis infermierëve të trajnuar dhe atyre që nuk ishin trajnuar. Analiza e regresionit logjistik tregoi se infermierët që nuk kishin marrë trajnime kishin 2.1 herë më shumë gjasa (OR = 2.1; 95% CI: 1.070–4.226; $p = 0.031$) për të dhënë përgjigje të pasakta në pyetjet me zgjedhje binare. Në pyetjet me zgjedhje të shumëfishta, mungesa e trajnimeve kishte një ndikim edhe më negativ, duke rritur 8 herë mundësinë e përgjigjeve të pasakta (OR = 8.075; 95% CI: 1.947–33.488; $p = 0.004$). Këto të dhëna tregojnë qartë se trajnimi ka një ndikim të

drejtpërdrejtë dhe pozitiv në njohuritë e infermierëve për menaxhimin e dhembjes. Mungesa e trajnimit është një faktor sinjifikant që ndikon negativisht në nivelin e njohurive të stafit, duke rritur mundësinë për përgjigje të pasakta. Këto gjetje janë në përputhje me literaturën ndërkombëtare, e cila thekson rëndësinë e trajnimeve të vazhdueshme për përmirësimin e aftësive dhe njohurive të infermierëve në menaxhimin e dhembjes. Studime të shumta kanë treguar se trajnimet dhe edukimi në vazhdimësi kontribuojnë në përmirësimin e aftësive praktike dhe teorike të infermierëve, duke mundësuar përdorimin e metodave më efektive për trajtimin e dhembjes dhe për të përmirësuar kujdesin ndaj pacientëve (Admassie et al., 2022; Alotaibi et al., 2019; Alnajar et al., 2021; Amponsah et al., 2019; Jira et al., 2020; Tagele et al., 2023; Utne et al., 2019). Në të njëjtën linjë, me analizën multivariate të të dhënave tona e cila sugjeron që mungesa e trajnimeve është një faktor kryesor që ndikon në nivelin e ulët të njohurive, është edhe një studim i kryer nga Shahriary et al. (2015). Ky studim raporton se deficietet e njohurive mbi menaxhimin e dhembjes tek personeli infermior janë ndjeshëm të lidhura me mungesën e trajnimeve.

Në studimin eksperimental të Salim et al. (2019), i cili vlerëson efektin e programit të edukimit në shërbim të infermierisë në njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve në lidhje me menaxhimin e dhembjes, u theksua rëndësia e edukimit të vazhdueshëm të stafit infermior. Pas realizimit të disa orëve trajnimi, nivelet e njohurive mbi dhembjen tek pjesëmarrësit u rritën në mënyrë të konsiderueshme. Këto rezultate theksuan rëndësinë e përfshirjes së këtyre programeve edukative në praktikën e infermiore dhe sygjerman integrimin e trajnimeve për menaxhimin e dhembjes në të gjithë stafin infermior.

Një rishikim integrues mbi ndikimin e edukimit në njohuritë, qëndrimet dhe praktikat e infermierëve lidhur me menaxhimin e dhembjes, i publikuar nga Achaliwie et al. (2023), përmbledhi 33 studime të ndryshme. Autorët e këtij rishikimi konkluduan se edukimi është një mjet i rëndësishëm për të rritur njohuritë e infermierëve dhe për të përmirësuar qëndrimet dhe praktikat në menaxhimin e dhembjes. Megjithatë, për të qënë gjithmonë koherentë me të rejtat më të fundit kërkohen përditësime të vazhdueshme të trajnimeve dhe metodave të menaxhimit të dhembjes.

Në kundërshtim me rezultatet tona, disa studime nuk identifikuan dallime të rëndësishme lidhur me ekspozimin ndaj edukimit të mëparshëm, duke e shpjeguar

këtë me mungesën e trajnimeve cilësore dhe të vazhdueshme (Brant et al., 2017; Samara et al., 2024). Këto studime sugjerojnë nevojën për përfshirje të seancave edukative të mbështetura në udhëzues të standardizuar për menaxhimin e dhembjes, në mënyrë që të përmirësohen njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve.

Në përfundim, ky studim na pasqyron gjendjen aktuale të njohurive të stafit infermior dhe na ndihmon të kuptojmë qëndrimet e infermierëve ndaj menaxhimit të dhembjes, duke nënvizuar rëndësinë e edukimit të vazhdueshëm bazuar në udhëzues të publikuar në prova shkencore. Përmirësimi i praktikave të trajtimit të dhembjes jo vetëm që mund të përmirësojë cilësinë e jetës së pacientëve, por gjithashtu mund të forcojë rolin profesional të infermierëve në kujdesin dhe lehtësimin e dhembjes. Kjo tregon se edukimi i vazhdueshëm profesional është faktori më i rëndësishëm për përmirësimin e menaxhimit të dhembjes, përtej nivelit arsimor apo viteve të eksperiencës. Në përgjithësi, rezultatet e këtij studimi tregojnë nevojën për ndërhyrje arsimore të vazhdueshme dhe përfshirje të moduleve specifike mbi menaxhimin e dhembjes në kurrikulën e infermierisë. Kjo do të siguronte përmirësim të praktikës klinike dhe rritje të cilësisë së kujdesit ndaj pacientëve.

5.2. KONKLUSIONE

Ky studim ofron një pasqyrë të nivelit të njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve ndaj menaxhimit të dhembjes në Spitalin Rajonal “Xhaferr Kongoli” në Elbasan, Shqipëri. Shkalla e përgjigjeve së pyetësorit rezultoi afërsisht 90%. Në përgjithësi, gjetjet treguan një nivel të ulët të njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve mbi menaxhimin e dhembjes.

Rezultati i përgjithshëm i përgjigjeve të sakta rezultoi 46.1%, një vlerë dukshëm më e ulët se niveli minimal i rekomanduar prej 80% për njohuri dhe qëndrime adekuat. Shqetësues është fakti se asnjë prej pjesëmarrësve nuk arriti të grumbullonte më shumë se 63.41% të përgjigjeve të sakta. Defiçitet më të mëdha në nivelin e njohurive u evidentuan në pyetjet që trajtonin aspekte si trajtimi i dhembjes kancerogjene, përdorimi i medikamenteve analgjezikë, dhe njohuritë mbi natyrën e dhembjes. Këto rezultate theksojnë mungesën e njohurive dhe qëndrimeve për një menaxhim adekuat të dhembjes, një mangësi që mund të ndikojë negativisht në cilësinë e kujdesit ndaj pacientëve.

Analiza e regresionit logjistik multivariat tregoi se nuk kishte dallime të rëndësishme në nivelin e njohurive në lidhje me gjininë, moshën e pjesëmarrësve, nivelin e kualifikimit, viteve të eksperiencës profesionale dhe departamenteve ku ata punonin. Një faktor sinjifikant dhe i pavarur që ndikoi në nivelin e ulët të njohurive rezultoi mungesa e trajnimeve, duke sugjeruar se ajo lidhet ngushtë me performancën më të ulët në njohuritë e stafit.

Gjithashtu, bazuar në raportin e gjasave, stafi infermieror i cili nuk ka marrë pjesë në trajnime ka 2.1 herë më tepër gjasa të mos përgjigjet saktë në pyetjet me zgjedhje binare, krahasuar me stafin e trajnuar, me ndryshim të rëndësishëm statistikor ndërmjet grupeve (OR = 2.1; 95% CI 1.070-4.226; $p = 0.031$). Për pyetjet me zgjedhje të shumëfishta, ky raport ishte edhe më i theksuar, stafi që nuk ka marrë pjesë në trajnime ka 8 herë më tepër gjasa që të mos përgjigjet saktë, krahasuar me stafin e trajnuar, me ndryshim të dukshëm dhe të rëndësishëm statistikor (OR = 8.075; 95% CI 1.947-33.488; $p = 0.004$).

Gjetjet e këtij studimi theksojnë rëndësinë edukimit dhe trajnimeve të vazhdueshme për infermierët, duke u mbështetur në udhëzuesit e publikuar dhe të bazuar në prova

shkencore. Përmirësimi i kurrikulave infermierore dhe përfshirja e të gjitha aspekteve të trajtimit multidisiplinar të dhembjes dhe moduleve të posaçme në këto programe janë hapa thelbësorë për përgatitjen e një stafi më kompetent dhe të aftë për të ofruar kujdes cilësor.

Në përfundim, rezultatet e këtij studimi nënvizojnë domosdoshmërinë e ndërhyrjeve të vazhdueshme dhe zhvillimit të politikave institucionale që mbështesin edukimin profesional në menaxhimin e dhembjes. Kjo do të ndihmojë jo vetëm në rritjen e njohurive dhe praktikave klinike të infermierëve, por edhe në përmirësimin e cilësisë së jetës së pacientëve dhe forcimin e rolit të infermierisë në kujdesin shëndetësor bashkëkohor.

5.3. REKOMANDIME

Bazuar në gjetjet e këtij studimi, rekomandohen:

1. Trajnime të vazhdueshme për zhvillimin profesional të stafit infermieror.
Programet e trajnimit për menaxhimin e dhembjes duhet të përfshijnë informacion të bazuar në prova shkencore dhe të përditësuar me të rejat më të fundit, duke trajtuar aspektet e dhembjes nga një këndvështrim multidisiplinar. Trajnimet duhet të jenë të vazhdueshme dhe gjithëpërfshirëse për të ofruar një përgatitje më të mirë të stafit infermieror.
2. Përmirësimi i kurrikulave infermierore.
Rekomandohet përditësimi i kurrikulave dhe përfshirja në programet mësimore të moduleve dedikuar në mënyrë të veçantë menaxhimit të dhembjes, dhe integrimi i të gjitha aspekteve të trajtimit multidisiplinar, për të siguruar një përgatitje më të mirë dhe më efektive të infermierëve të rinj.
3. Bashkëpunim multidisiplinar për trajtimin e dhembjes.
Për të përfituar rezultate më të mira në trajtimin e dhembjes dhe për të përmirësuar cilësinë e dhënies së kujdesit për këta pacientë, rekomandohet një qasje e të gjithë ekipit multidisiplinar.
4. Implementimi i protokolleve të standardizuara për menaxhimin e dhembjes.
Rekomandohet që institucionet shëndetësore të implementojnë dhe të zbatojnë protokolle të standardizuara për menaxhimin e dhembjes, të cilat të jenë të bazuara në udhëzues të publikuar.
5. Rritja e ndërgjegjësimit.
Nga literatura është evidentuar një defiçit në njohuritë dhe qëndrimet e stafit mjekësor në lidhje me menaxhimin e dhembjes, si dhe njohuri të pakta të pacientëve mbi mënyrën e trajtimit të saj. Bazuar në këto gjetje, theksohet rëndësia e fushatave për rritjen e ndërgjegjësimit të popullatave me interes për këtë çështje. Kjo gjë do të ndihmojë në përmirësimin e trajtimit dhe cilësisë së jetës së pacientëve.

5.4. PIKËT E FORTA TË STUDIMIT DHE KUFIZIMET

Pika më e fortë e këtij studimi qëndron te fakti se instrumenti i përdorur si mjet matës për nivelin e njohurive dhe qëndrimeve të stafit infermieror në lidhje me dhembjen, është i validuar psikometrikisht dhe ka një nivel besueshmërie test-ritest 0.80 në versionin origjinal në anglisht, duke e konsideruar si një instrument tepër të vlefshëm për përdorimin. Gjithashtu, ky pyetësor është përdorur gjërësisht në shumë studime, për të reflektuar praktikën e menaxhimit të dhembjes dhe ndryshimet që shfaqin vende të ndryshme, duke na ndihmuar për krahasimin e rezultateve përfundimtare të studimit tonë me studime ndërkombëtare.

Së dyti, numri i pjesëmarrësve dhe shkalla e lartë e kthimit të përgjigjeve (90%), konfirmojnë faktin se rezultatet e nxjerra nga ky studim do të përfaqësojnë më së miri të gjithë popullatën e përzgjedhur.

Pavarësisht këtyre pikave të forta, ky studim ka dhe disa kufizime.

Kufizimi kryesor është natyra e tij monocentrike, pasi i gjithë kampioni u zgjodh nga një qytet i vetëm në Shqipëri, gjë që mund të kufizojë përgjithësimin e gjetjeve. Mostra e cila është e kufizuar në një vend dhe një mjedis të caktuar mund të mos reflektojë nivelin e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve në spitale të tjera të vendit. Kështu që, rezultatet e përfituara mund mos jenë përfaqësuese të stafit infermieror që punojnë në spitalet e tjera të Shqipërisë.

Ky studim u fokusua vetëm në vlerësimin e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve në lidhje me dhembjen, duke lënë jashtë shqyrtimit praktikën e stafit. Për të vërtetuar më tej ndikimin e gjetjeve nga ky punim, do të ishte interesante të shqyrtohej praktika klinike e infermierëve. Kjo do të na jepte një qasje më të qartë dhe më gjithëpërfshirëse ndaj këtij fenomeni. Megjithatë, për shkak të faktorëve të ndryshëm si kufizimet kohore, numri i kufizuar i studiuesve të përfshirë në studim dhe burimet e kufizuara, ishte e pamundur që autori të vlerësonte gjithashtu praktikën klinike.

Pavarësisht këtyre kufizimeve, duke krahasuar rezultatet e studimit tonë, vihet re se njohuritë dhe qëndrimet e infermierëve të përfshirë në studim nuk ndryshojnë ndjeshëm midis tyre, gjë që dëshmohet edhe nga studimet ndërkombëtare. Këto gjetje

sugjerojnë se rezultatet e këtij studimi mund të ofrojnë një pasqyrë të saktë dhe përfaqësuese të njohurive dhe qëndrimeve të stafit infermieror, duke na shërbyer si një bazë e rëndësishme për studime të ardhshme. Duke pasur parasysh kufizimet e sipërpërmendura, autori propozon nisma të mëtejshme kërkimore që do të shqyrtojnë fenomenet e trajtuara në këtë studim, duke thelluar dhe pasuruar gjetjet e tij. Gjithashtu sygjerohen të realizohen studime në të ardhmen që të përfshijnë edhe vlerësimin e praktikave klinike të infermierëve duke ndihmuar në rritjen e vlefshmërisë së rezultateve të këtij studimi.

REFERENCA

Achaliwie, F., Wakefield, A. B., & Mackintosh-Franklin, C. (2023). Does Education Improve Nurses' Knowledge, Attitudes, Skills, and Practice in Relation to Pain Management? An Integrative Review. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 24(3), 273–279. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.12.002>

Adams, S. M., Varaei, S., & Jalalinia, F. (2020). Nurses' Knowledge and Attitude towards Postoperative Pain Management in Ghana. *Pain research & management*, 2020, 4893707. <https://doi.org/10.1155/2020/4893707>

Adhikari, G. P. (2021). Calculating the Sample Size in Quantitative Studies. *Scholars' Journal*, 4(1), 14–29. <https://doi.org/10.3126/scholars.v4i1.42458>

Admass, B. A., Endalew, N. S., Tawuye, H. Y., & Mersha, A. T. (2020). Knowledge and Attitude of Ethiopian Oncology Nurses About Cancer Pain Management: National Survey. *Cancer management and research*, 12, 9045–9055. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S261172>

Admassie, B. M., Ferede, Y. A., Lema, G. F., & Ayen, B. (2022). A survey study on knowledge and attitude towards pain management and associated factors among emergency Nurses, 2021. Multi-center cross-sectional study. *International Journal of Surgery Open*, 47, 100548. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2022.100548>

Aguilar-Ferrándiz, M. E., Castro-Sánchez, A. M., Matarán-Peñarrocha, G. A., De Dios Luna, J., Moreno-Lorenzo, C., & Del Pozo, E. (2014). Evaluation of pain associated with chronic venous insufficiency in Spanish postmenopausal women. *Menopause the Journal of the North American Menopause Society*, 22(1), 88–95. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000000277>

Ahmadi, S., Vojdani, P. & MortezaBagi, H.R. The study of nurses' knowledge and attitudes regarding pain management and control in emergency departments. *BMC Emerg Med* 23, 26 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00793-y>

Alkhatib, G. S., Al Qadire, M., & Alshraideh, J. A. (2020). Pain Management Knowledge and Attitudes of Healthcare Professionals in Primary Medical Centers. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 21(3), 265–270. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.08.008>

Al-Mahrezi A. (2017). Towards Effective Pain Management: Breaking the Barriers. *Oman medical journal*, 32(5), 357–358. <https://doi.org/10.5001/omj.2017.69>

Alnajar, M. Kh., Shudifat, R., Mosleh, S. M., Ismaile, S., N'erat, M., & Amro, K. (2021). Pain Assessment and Management in Intensive Care Unit: Nurses' Practices, Perceived Influencing Factors, and Educational Needs. *The Open Nursing Journal*, 15(1), 170–178. <https://doi.org/10.2174/1874434602115010170>

Alotaibi, K., Higgins, I., & Chan, S. (2019). Nurses' Knowledge and Attitude toward Pediatric Pain Management: A Cross-Sectional Study. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 20(2), 118–125. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.09.001>

Alsaman, A., Mansour, M., & Almobarak, F. (2023). Nurses' knowledge and attitudes regarding pain management: Cross-sectional survey in the Eastern Province of Saudi Arabia. *Nursing open*, 10(8), 5306–5313. <https://doi.org/10.1002/nop2.1768>

Al-Sayaghi, K. M., Fadlalmola, H. A., Aljohani, W. A., Alenezi, A. M., Aljohani, D. T., Aljohani, T. A., Alsaleh, S. A., Aljohani, K. A., Aljohani, M. S., Alzahrani, N. S., Alamri, A. A., Alhousah, A. H., & Khan, M. F. (2022). Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Management in Saudi Arabia. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(3), 528. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030528>

Alshehri, F. A., Levett-Jones, T., & Pich, J. (2024). Nursing students' knowledge of and attitudes towards pain management: An integrative review. *Nurse education today*, 139, 106207. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106207>

Ambrose, K. R., & Golightly, Y. M. (2015). Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. *Carolina Digital Repository (University of North Carolina at Chapel Hill)*. <https://doi.org/10.17615/tz9s-0d70>

Amponsah, A. K., Oduro, E., Bam, V., Kyei-Dompim, J., Ahoto, C. K., & Axelin, A. (2019). Nursing students and nurses' knowledge and attitudes regarding children's pain: A comparative cross-sectional study. *PLoS ONE*, 14(10), e0223730. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223730>

Anekar, A. A., Hendrix, J. M., & Cascella, M. (2023, April 23). *WHO analgesic ladder*. StatPearls - NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554435/>

Ángel García, D., Martínez Nicolás, I., Saturno Hernández, P. J., & López Soriano, F. (2015). Abordaje clínico del dolor lumbar crónico: síntesis de recomendaciones basadas en la evidencia de las guías de práctica clínica existentes [Clinical approach to chronic lumbar pain: a systematic review of recommendations included in existing practice guidelines]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 38(1), 117–130. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0059>

Athnaiel, O., Cantillo, S., Paredes, S., & Knezevic, N. N. (2023). The Role of Sex Hormones in Pain-Related Conditions. *International journal of molecular sciences*, 24(3), 1866. <https://doi.org/10.3390/ijms24031866>

Baliki, M. N., & Apkarian, A. V. (2015). Nociception, Pain, Negative Moods, and Behavior Selection. *Neuron*, 87(3), 474–491. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.06.005>

Banerjee, S., & Argáez, C. (2019, May 7). Multidisciplinary Treatment Programs for Patients with Acute or Subacute Pain: A Review of Clinical Effectiveness, Cost-Effectiveness, and Guidelines. *NCBI Bookshelf*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546002/>

Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186–3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>

Behan, R. J. (1914). Pain: its origin, conduction, perception and diagnostic significance. *D. Appleton*. Internet Archive. (1920). Internet Archive. <https://archive.org/details/painitsorigincon00beha>

Bhaskar, A. (2016). Faculty Opinions recommendation of Antidepressants and gabapentinoids in neuropathic pain: Mechanistic insights. [Dataset]. In *Faculty Opinions – Post-Publication Peer Review of the Biomedical Literature*. <https://doi.org/10.3410/f.726500728.793521263>

Bieri, D., Reeve, R. A., Champion, D. G., Addicoat, L., & Ziegler, J. B. (1990). The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain*, 41(2), 139–150. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(90\)90018-9](https://doi.org/10.1016/0304-3959(90)90018-9)

Boullon, L., Finn, D. P., & Llorente-Berzal, Á. (2024). Sex differences in the affective-cognitive dimension of neuropathic pain: Insights from the Spared Nerve Injury rat model. *Journal of Pain*, 104752. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2024.104752>

Brant, J. M., Mohr, C., Coombs, N. C., Finn, S., & Wilmarth, E. (2017). Nurses' Knowledge and Attitudes about Pain: Personal and Professional Characteristics and Patient Reported Pain Satisfaction. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 18(4), 214–223. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2017.04.003>

Brockopp, D., Downey, E., Powers, P., Vanderveer, B., Warden, S., Ryan, P., & Saleh, U. (2004). Nurses' clinical decision-making regarding the management of pain. *Accident and Emergency Nursing*, 12(4), 224–229. <https://doi.org/10.1016/j.aen.2004.01.008>

- Bruce, M., Lopatina, E., Hodge, J., Moffat, K., Khan, S., Pyle, P., Kashuba, S., Wasylak, T., & Santana, M. (2023). Understanding the chronic pain journey and coping strategies that patients use to manage their chronic pain: a qualitative, patient-led, Canadian study. *BMJ Open*, 13(7), e072048. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072048>
- Buhmann, C., Kassubek, J., & Jost, W. H. (2020). Management of Pain in Parkinson's Disease. *Journal of Parkinson's disease*, 10(s1), S37–S48. <https://doi.org/10.3233/JPD-202069>
- Carr, D. B., & Goudas, L. C. (1999). Acute pain. *The Lancet*, 353(9169), 2051–2058. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)03313-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)03313-9)
- Carroll, C. P., & Brandow, A. M. (2022). Chronic Pain: Prevalence and Management. *Hematology/oncology clinics of North America*, 36(6), 1151–1165. <https://doi.org/10.1016/j.hoc.2022.06.009>
- Catania, G., Costantini, M., Lambert, A., Luzzani, M., Marceca, F., Tridello, G., Boni, L., & Bernardi, M. (2006). [Testing an instrument measuring Italian nurses' knowledge and attitudes regarding pain]. *PubMed*, 25(3), 149–156. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17080623>
- Cervero, F. (2009). Visceral versus Somatic Pain: Similarities and Differences. *Digestive Diseases*, 27(Suppl. 1), 3–10. <https://doi.org/10.1159/000268115>
- Chang, S. H., Maney, K. M., Mehta, V., & Langford, R. M. (2010). Pain assessment and management in medical wards: an area of unmet need. *Postgraduate medical journal*, 86(1015), 279–284. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2008.076497>
- Chia, G. S., Wong, Y. Y., Yow, F., & Ong, W. Y. (2024). Assessment of pain management among nurses using the knowledge and attitude survey regarding pain tool. *International journal of palliative nursing*, 30(5), 226–234. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.30.5.226>
- Chow, K. M., & Chan, J. C. (2015). Pain knowledge and attitudes of nursing students: a literature review. *Nurse education today*, 35(2), 366–372. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.10.019>
- Clark, C. W., Yang, J. C., Tsui, S., Ng, K., & Clark, S. B. (2002). Unidimensional pain rating scales: a multidimensional affect and pain survey (MAPS) analysis of what they really measure. *Pain*, 98(3), 241–247. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(01\)00474-2](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(01)00474-2)
- Cohen, S. P., Hanling, S., Bicket, M. C., White, R. L., Veizi, E., Kurihara, C., Zhao, Z., Hayek, S., Guthmiller, K. B., Griffith, S. R., Gordin, V., White, M. A., Vorobeychik, Y., & Pasquina, P. F. (2015). Epidural steroid injections compared with gabapentin for lumbosacral radicular pain: multicenter randomized double blind comparative efficacy study. *BMJ*, 350(apr16 26), h1748. <https://doi.org/10.1136/bmj.h1748>
- Colloca, L. (2019). The Placebo Effect in Pain Therapies. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 59(1), 191–211. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-010818-021542>
- Colloca, L., Ludman, T., Bouhassira, D., Baron, R., Dickenson, A. H., Yarnitsky, D., Freeman, R., Truini, A., Attal, N., Finnerup, N. B., Eccleston, C., Kalso, E., Bennett, D. L., Dworkin, R. H., & Raja, S. N. (2017). Neuropathic pain. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.2>
- Corsalini, M., Daniela, D. V., Biagio, R., Gianluca, S., Alessandra, L., & Francesco, P. (2017). Evidence of Signs and Symptoms of Craniomandibular Disorders in Fibromyalgia Patients. *The open dentistry journal*, 11, 91–98. <https://doi.org/10.2174/1874210601711010091>
- Crisman, E., Appenzeller-Herzog, C., Tabakovic, S., Nickel, C. H., & Minotti, B. (2024). Multidimensional versus unidimensional pain scales for the assessment of analgesic requirement in the emergency department: a systematic review. *Internal and Emergency Medicine*, 19(5), 1463–1471. <https://doi.org/10.1007/s11739-024-03608-5>

De C Williams, A. C., Fisher, E., Hearn, L., & Eccleston, C. (2020). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Library*, 2021(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007407.pub4>

De Kloet, E. (2013). Functional profile of the binary brain corticosteroid receptor system: Mediating, multitasking, coordinating, integrating. *European Journal of Pharmacology*, 719(1–3), 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2013.04.053>

Dehghan, M., & Farahbod, F. (2014). The Efficacy of Thermotherapy and Cryotherapy on Pain Relief in Patients with Acute Low Back Pain, a Clinical Trial Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. <https://doi.org/10.7860/jcdr/2014/7404.4818>

Derbyshire, S. W. (2024). The hope and reality of pain relief using psychological manipulations. *Psychosomatic Medicine*, 86(7), 578–579. <https://doi.org/10.1097/psy.0000000000001327>

Dessie, M., Asichale, A., Belayneh, T., Enyew, H., & Hailekiros, A. (2019). Knowledge and Attitudes of Ethiopian Nursing Staff Regarding Post-Operative Pain Management: A Cross-Sectional Multicenter Study. *Patient related outcome measures*, 10, 395–403. <https://doi.org/10.2147/PROM.S234521>

Di Venere, D., Corsalini, M., Stefanachi, G., Tafuri, S., De Tommaso, M., Cervinara, F., Re, A., & Pettini, F. (2015). Quality of life in fibromyalgia patients with craniomandibular disorders. *The open dentistry journal*, 9, 9–14. <https://doi.org/10.2174/1874210601509010009>

Dowell, D., Ragan, K. R., Jones, C. M., Baldwin, G. T., & Chou, R. (2022). CDC Clinical Practice Guideline for Prescribing Opioids for Pain - United States, 2022. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 71(3), 1–95. <https://doi.org/10.15585/mmwr.r7103a1>

Dragioti, E., Björk, M., Larsson, B., & Gerdle, B. (2019). A Meta-Epidemiological Appraisal of the Effects of Interdisciplinary Multimodal Pain Therapy Dosing for Chronic Low Back Pain. *Journal of clinical medicine*, 8(6), 871. <https://doi.org/10.3390/jcm8060871>

Ducret, G., Guillaume, M., Fardini, Y., Vejux, S., & Chaabi, H. (2024). Assessment of a manual therapy and acupuncture method as a treatment of nonspecific low back pain: A prospective, observational and non-interventional cohort study. *Medicine*, 103(51), e40891. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000040891>

Elsous, A., Radwan, M., & Mohsen, S. (2017). Nurses and Physicians Attitudes toward Nurse-Physician Collaboration: A Survey from Gaza Strip, Palestine. *Nursing Research and Practice*, 2017, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2017/7406278>

Enoka, R. M., Amiridis, I. G., & Duchateau, J. (2019). Electrical stimulation of muscle: Electrophysiology and rehabilitation. *Physiology*, 35(1), 40–56. <https://doi.org/10.1152/physiol.00015.2019>

Erden, S., Arslan, S., Deniz, S., Kaya, P., & Gezer, D. (2017). A review of postoperative pain assessment records of nurses. *Applied Nursing Research*, 38, 1–4. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.08.003>

Esquibel, A. Y., & Borkan, J. (2014). Doctors and patients in pain: Conflict and collaboration in opioid prescription in primary care. *Pain*, 155(12), 2575–2582. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.09.018>

Fenta, E., Kibret, S., Hunie, M., Tamire, T., Eshetie, D., Seid, S., Fentie, Y., Amaha, E., Desse, T., Dejen, B., Essa, K., & Teshome, D. (2023). Nurses' knowledge and attitude towards children pain management: a multi-site survey study. *Frontiers in pediatrics*, 11, 1182529. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1182529>

Fernández-De-Las-Peñas, C., Ortega-Santiago, R., Ortíz-Gutiérrez, R., Caminero, A. B., Salom-Moreno, J., & Arendt-Nielsen, L. (2014). Widespread pressure pain hypersensitivity in patients with multiple sclerosis with and without pain as sign of central sensitization. *Clinical Journal of Pain*, 31(1), 66–72. <https://doi.org/10.1097/ajp.0000000000000084>

Ferreira, A. C. L., Pereira, D. S., Da Silva, S. L. A., Carvalho, G. A., & Pereira, L. S. M. (2023). Validity and reliability of the short form brief pain inventory in older adults with nociceptive, neuropathic and nociplastic pain. *Geriatric Nursing*, 52, 16–23. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.04.011>

Ferrell, B., & McCaffery, M. (2014). “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” developed by Betty Ferrell, RN, PhD, FAAN and Margo McCaffery, RN, MS, FAAN, (<http://prc.coh.org>), revised 2014.

Fillingsim, R. B., Bruehl, S., Dworkin, R. H., Dworkin, S. F., Loeser, J. D., Turk, D. C., Widerstrom-Noga, E., Arnold, L., Bennett, R., Edwards, R. R., Freeman, R., Gewandter, J., Hertz, S., Hochberg, M., Krane, E., Mantyh, P. W., Markman, J., Neogi, T., Ohrbach, R., . . . Wesselmann, U. (2014). The ACTION-American Pain Society Pain Taxonomy (AAPT): an Evidence-Based and multidimensional approach to classifying chronic pain conditions. *Journal of Pain*, 15(3), 241–249. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.01.004>

Fillingsim, R. B., Loeser, J. D., Baron, R., & Edwards, R. R. (2016). Assessment of chronic pain: domains, methods, and mechanisms. *Journal of Pain*, 17(9), T10–T20. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.08.010>

Garg, A., Pathak, H., Churyukanov, M. V., Uppin, R. B., & Slobodin, T. M. (2020). Low back pain: critical assessment of various scales. *European Spine Journal*, 29(3), 503–518. <https://doi.org/10.1007/s00586-019-06279-5>

Garra, G., Singer, A. J., Taira, B. R., Chohan, J., Cardoz, H., Chisena, E., & Thode, H. C. (2009). Validation of the Wong-Baker FACES pain rating scale in pediatric emergency department patients. *Academic Emergency Medicine*, 17(1), 50–54. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2009.00620.x>

Gault, I., Shapcott, J., Luthi, A., & Reid, G. (2017). Communication in nursing and healthcare. *SAGE Publications Ltd*, <https://doi.org/10.4135/9781529714753>

Gentile, D., Boselli, D., O'Neill, G., Yaguda, S., Bailey-Dorton, C., & Eaton, T. A. (2018). Cancer pain relief after healing touch and massage. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 24(9–10), 968–973. <https://doi.org/10.1089/acm.2018.0192>

Gibson, W., Wand, B. M., & O'Connell, N. E. (2017). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for neuropathic pain in adults. *Cochrane Library*, 2021(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011976.pub2>

Giraux, P. (2015). Douleurs du membre fantôme. *La Revue De L Infirmière*, 64(209), 25. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2014.12.010>

Glowacki D. (2015). Effective pain management and improvements in patients' outcomes and satisfaction. *Critical care nurse*, 35(3), 33–43. <https://doi.org/10.4037/ccn2015440>

Gold, M. S., & Gebhart, G. F. (2010). Nociceptor sensitization in pain pathogenesis. *Nature Medicine*, 16(11), 1248–1257. <https://doi.org/10.1038/nm.2235>

Goldberg, D. S., & McGee, S. J. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*, 11(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>

Graci, Z. (2024). Barriers and solutions for improving pain management practices at regional hospitals in South Albania. Retrieved November 2, 2024, from https://iris.uniroma1.it/retrieve/65051cd2-1278-4abc-a018-06285e94c11e/Tesi_dottorato_Cuni.pdf

Gramatikova, M., Mitova, S., & Valchev, N. (2020). EFFECT OF HYDROTHERAPY ON CHRONIC PAIN IN THE LUMBAR REGION. *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)*, 26(4), 3485–3489. <https://doi.org/10.5272/jimab.2020264.3485>

Gregory, J., & McGowan, L. (2016). An examination of the prevalence of acute pain for hospitalised adult patients: a systematic review. *Journal of clinical nursing*, 25(5-6), 583–598. <https://doi.org/10.1111/jocn.13094>

Gretarsdottir, H., Fridriksdottir, N., & Gunnarsdottir, S. (2016). Psychometric Properties of the Icelandic Version of the Revised Edmonton Symptom Assessment Scale. *Journal of pain and symptom management*, 51(1), 133–137. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.08.007>

Grommi, S., Vaajoki, A., Voutilainen, A., & Kankkunen, P. (2023). Effect of Pain Education Interventions on Registered Nurses' Pain Management: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pain Management Nursing*, 24(4), 456–468. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2023.03.004>

Hamdan, K. M. (2019). Nurses' assessment practices of pain among critically ill patients. *Pain Management Nursing*, 20(5), 489–496. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2019.04.003>

Herr, K., St Marie, B., Gordon, D. B., Paice, J. A., Watt-Watson, J., Stevens, B. J., Bakerjian, D., & Young, H. M. (2015). An Interprofessional Consensus of Core Competencies for Prelicensure Education in Pain Management: Curriculum Application for Nursing. *Journal of Nursing Education*, 54(6), 317–327. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150515-02>

Hicks, C. L., Von Baeyer, C. L., Spafford, P. A., Van Korlaar, I., & Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale – Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93(2), 173–183. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(01\)00314-1](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(01)00314-1)

Hjermstad, M. J., Fayers, P. M., Haugen, D. F., Caraceni, A., Hanks, G. W., Loge, J. H., Fainsinger, R., Aass, N., & Kaasa, S. (2011). Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: A Systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(6), 1073–1093. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016>

Ho, A., & Nair, S. (2018). Global chronic pain. In *Developments in neuroethics and bioethics* (pp. 171–189). <https://doi.org/10.1016/bs.dnb.2018.08.009>

Hroch, J., VanDenKerkhof, E. G., Sawhney, M., Sears, N., & Gedcke-Kerr, L. (2019). Knowledge and Attitudes about Pain Management among Canadian Nursing Students. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 20(4), 382–389. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.12.005>

Im, D. D., Jambaulikar, G. D., Kikut, A., Gale, J., & Weiner, S. G. (2020). Brief Pain Inventory–Short Form: a new method for assessing pain in the emergency department. *Pain Medicine*, 21(12), 3263–3269. <https://doi.org/10.1093/pm/pnaa269>

International Association for the Study of Pain. (2020, July 16). *Revised definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/>

International Association for the Study of Pain. (2021, August 18). *IASP Curriculum Outline on Pain for Nursing - International Association for the Study of Pain (IASP)*. International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-nursing/>

International Association for the Study of Pain. (2022, August 3). *Clinical Practice Guidelines - International Association for the Study of Pain (IASP)*. International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/clinical-practice-guidelines/>

International Association for the Study of Pain. (2023a, January 12). *Acute Pain - International Association for the Study of Pain (IASP)*. International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/resources/topics/acute-pain/>

International Association for the Study of Pain. (2023b, August 17). *Faces Pain Scale - Revised - International Association for the Study of Pain (IASP)*. International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/resources/faces-pain-scale-revised/>

International Association for the Study of Pain. (2024, June 6). *Pain Assessment and Measurements - International Association for the Study of Pain (IASP)*. International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/resources/topics/pain-assessment-and-measurements/>

Ivanec, D., Pavin, T., & Kotzmuth, A. (2006). Possibilities of attentional control of pain: influence of distractive Stroop task on pain threshold and pain tolerance. *Annual Review of Psychology*, 13(2), 87–94. <http://idiprints.knjiznica.idi.hr/449/>

Jira, L., Weyessa, N., Mulatu, S., & Alemayehu, A. (2020). Knowledge and Attitude Towards Non-Pharmacological Pain Management and Associated Factors Among Nurses Working in Benishangul Gumuz Regional State Hospitals in Western Ethiopia, 2018. *Journal of pain research*, 13, 2917–2927. <https://doi.org/10.2147/JPR.S265544>

Johnson, M. I., Mulvey, M. R., & Bagnall, A. (2015). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for phantom pain and stump pain following amputation in adults. *Cochrane Library*, 2021(4). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007264.pub3>

Johnson, Q., Borsheski, R. R., & Reeves-Viets, J. L. (2013). Pain management mini-series. Part I. A review of management of acute pain. *Missouri Medicine*, 110(1), 74–79. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23457757/>

Kahsay, D. T., & Pitkääjärvi, M. (2019). Emergency nurses' knowledge, attitude and perceived barriers regarding pain Management in Resource-Limited Settings: cross-sectional study. *BMC nursing*, 18, 56. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0380-9>

Kamper, S. J., Apeldoorn, A. T., Chiarotto, A., Smeets, R. J., Ostelo, R. W., Guzman, J., & van Tulder, M. W. (2015). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, h444. <https://doi.org/10.1136/bmj.h444>

Kannan, P., Claydon, L. S., Miller, D., & Chapple, C. M. (2014). Vigorous exercises in the management of primary dysmenorrhea: a feasibility study. *Disability and Rehabilitation*, 37(15), 1334–1339. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.962108>

Katz, J., & Melzack, R. (2022). McGill pain questionnaire. In *Springer eBooks* (pp. 1–4). https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_1748-3

Kent, M. L., Tighe, P. J., Belfer, I., Brennan, T. J., Bruehl, S., Brummett, C. M., Buckenmaier, C. C., Buvanendran, A., Cohen, R. I., Desjardins, P., Edwards, D., Fillingim, R., Gewandter, J., Gordon, D. B., Hurley, R. W., Kehlet, H., Loeser, J. D., Mackey, S., McLean, S. A., & Polomano, R. (2017). The ACTTION–APS–AAPM Pain Taxonomy (AAAPT) Multidimensional Approach to Classifying Acute Pain Conditions. *The Journal of Pain*, 18(5), 479–489. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.02.421>

Kesmodel U. S. (2018). Cross-sectional studies - what are they good for?. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 97(4), 388–393. <https://doi.org/10.1111/aogs.13331>

King, W. (2013). Acute pain, subacute pain, and chronic pain. In *Springer eBooks* (pp. 60–63). https://doi.org/10.1007/978-3-642-28753-4_75

Knadmin. (2020, December 15). Pain and Placebo Physiology | PM&R KnowledgeNow. *PM&R KnowledgeNow*. <https://now.aapmr.org/pain-and-placebo-physiology/>

Kodi etik. (2023). UISH. [(accessed on November 22 2024)]. Available online: <https://urdhriinfirmierit.org/kodi-etik/>

Kuhlmann, E. H., & Tallman, B. A. (2022). The Impact of Nurses' Beliefs, Attitudes, and Cultural Sensitivity on the Management of Patient Pain. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*, 33(5), 624–631. <https://doi.org/10.1177/10436596221109829>

Kujdesi Shëndetësor – Bashkia Elbasan. *Bashkia Elbasan*. [(accessed on 3 August 2023)]. Available online: <https://elbasani.gov.al/kujdesi-shendetesor/>

Kwekkeboom, K. L., & Herr, K. (2001). Assessment of pain in the critically ill. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 13(2), 181–194. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11866401/>

Kwon J. H. (2014). Overcoming barriers in cancer pain management. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(16), 1727–1733. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.4827>

Larson, M. C., Pathak, A., Tanwar, A., Linfesty, D., Lipovac, J., & Liu, K. (2024). A mnemonic for effective “Lesss PAINFUL” Pre-Rounding. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.75393>

Lewis, C. P., Corley, D. J., Lake, N., Brockopp, D., & Moe, K. (2015). Overcoming barriers to effective pain management: the use of professionally directed small group discussions. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 16(2), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.002>

Li, J. (2014). Pain and depression comorbidity: A preclinical perspective. *Behavioural Brain Research*, 276, 92–98. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2014.04.042>

Lin, R. J., Reid, M. C., Liu, L. L., Chused, A. E., & Evans, A. T. (2014). The barriers to High-Quality Inpatient Pain management. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 32(6), 594–599. <https://doi.org/10.1177/1049909114530491>

Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy*, 91(5), 700–711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>

Lipkovich, I. A., Choy, E. H., Van Wambeke, P., Deberdt, W., & Sagman, D. (2014). Typology of patients with fibromyalgia: cluster analysis of duloxetine study patients. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2474-15-450>

Liyew, B., Dejen Tilahun, A., Habtie Bayu, N., & Kassew, T. (2020). Knowledge and Attitude towards Pain Management among Nurses Working at University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia. *Pain research & management*, 2020, 6036575. <https://doi.org/10.1155/2020/6036575>

López-Sendín, N., Alburquerque-Sendín, F., Cleland, J. A., & Fernández-De-Las-Peñas, C. (2012). Effects of Physical Therapy on Pain and Mood in Patients with Terminal Cancer: A Pilot Randomized Clinical Trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18(5), 480–486. <https://doi.org/10.1089/acm.2011.0277>

Louw, A., Zimney, K., O'Hotto, C., & Hilton, S. (2016). The clinical application of teaching people about pain. *Physiotherapy theory and practice*, 32(5), 385–395. <https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194652>

Lu, L., Zhang, Y., Ge, S., Wen, H., Tang, X., Zeng, J. C., Wang, L., Zeng, Z., Rada, G., Ávila, C., Vergara, C., Chen, R., Dong, Y., Wei, X., Luo, W., Wang, L., Guyatt, G., Tang, C. Z., & Xu, N. G. (2022). Evidence mapping and overview of systematic reviews of the effects of acupuncture therapies. *BMJ open*, 12(6), e056803. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056803>

Luchting, B., Rachinger-Adam, B., Heyn, J., Hinske, L. C., Kreth, S., & Azad, S. C. (2015). Anti-inflammatory T-cell shift in neuropathic pain. *Journal of neuroinflammation*, 12, 12. <https://doi.org/10.1186/s12974-014-0225-0>

- Machado, A. F. P., Perracini, M. R., Rampazo, É. P., Driusso, P., & Liebano, R. E. (2019). Effects of thermotherapy and transcutaneous electrical nerve stimulation on patients with primary dysmenorrhea: A randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial. *Complementary Therapies in Medicine*, 47, 102188. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.08.022>
- Main, C. J. (2015). Pain assessment in context: a state of the science review of the McGill pain questionnaire 40 years on. *Pain*, 157(7), 1387–1399. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000457>
- Manigold, T., Gantschnig, B. E., & Streitberger, K. (2023). Multiprofessioneller Behandlungsansatz bei chronischen Rückenschmerzen [Multiprofessional treatment approach in chronic back pain]. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 82(1), 31–37. <https://doi.org/10.1007/s00393-022-01258-6>
- Manworren, R. C., & Stinson, J. (2016). Pediatric pain measurement, assessment, and evaluation. *Seminars in Pediatric Neurology*, 23(3), 189–200. <https://doi.org/10.1016/j.spn.2016.10.001>
- Mao, J., & Chen, L. L. (2000). Gabapentin in pain management. *Anesthesia & Analgesia*, 91(3), 680–687. <https://doi.org/10.1213/00000539-200009000-00034>
- Mao, S., Xiao, K., Zhou, W., Xu, H., & Zhang, S. (2023). The Impact of Hot Spring Hydrotherapy on Pain Perception and Dysfunction Severity in Patients with Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Pain Research, Volume 16*, 3925–3944. <https://doi.org/10.2147/jpr.s438744>
- Marin, T. J., Van Eerd, D., Irvin, E., Couban, R., Koes, B. W., Malmivaara, A., van Tulder, M. W., & Kamper, S. J. (2017). Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6), CD002193. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002193.pub2>
- Martínez-Magaña, C. J., & Murbartíán, J. (2024). Estrogen receptor α regulates the IKKs/NF- κ B activity involved in the development of mechanical allodynia induced by REM sleep deprivation in rats. *Brain research*, 1845, 149269. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2024.149269>
- Martínez Pérez, J. A., & Pérez Martín, P. S. (2024). Regresión logística [Logistic regression]. *Semergen*, 50(1), 102086. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.102086>
- Marun, G. N., Morriss, W. W., Lim, J. S., Morriss, J. L., & Goucke, C. R. (2020). Addressing the challenge of pain education in Low-Resource countries: Essential Pain Management in Papua New Guinea. *Anesthesia & Analgesia*, 130(6), 1608–1615. <https://doi.org/10.1213/ane.00000000000004742>
- Max, M. B., Donovan, M., Miaskowski, C. A., Ward, S. E., Gordon, D., Bookbinder, M., Cleeland, C. S., Coyle, N., Kiss, M., Thaler, H. T., Janjan, N., Anderson, A., Weinstein, S., & Edwards, W. T. (1995). Quality Improvement Guidelines for the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 274(23), 1874–1880. <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03530230060032>
- McCaffrey, M., & Ferrell, B. R. (1997). Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? *Journal of Pain and Symptom Management*, 14(3), 175–188. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(97\)00170-x](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(97)00170-x)
- McDowell, T.S. (2019). Neurotransmitters involved in pain modulation. In *Pain* (pp. 49–51). https://doi.org/10.1007/978-3-319-99124-5_12
- McKillop, J. M., & Nielson, W. R. (2011). Improving the usefulness of the multidimensional pain inventory. *Pain Research and Management*, 16(4), 239–244. <https://doi.org/10.1155/2011/873424>
- Mediani, H. S., Duggan, R., Chapman, R., Hutton, A., & Shields, L. (2017). An exploration of Indonesian nurses' perceptions of barriers to paediatric pain management. *Journal of Child Health Care*, 21(3), 273–282. <https://doi.org/10.1177/1367493517715146>

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277–299. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)

Meyr, A. J., & Steinberg, J. S. (2008). The physiology of the acute pain pathway. *Clinics in Podiatric Medicine and Surgery*, 25(3), 305–326. <https://doi.org/10.1016/j.cpm.2008.02.012>

Ministria e Arsimit dhe Sportit. (2008). *Ligji për mbrojtjen e të dhënave personale (Nr. 9887, datë 10.03.2008, i ndryshuar). Ministria e Arsimit dhe Sportit*. [(accessed on August 10 2023)]. Available online: https://arsimi.gov.al/wp-content/uploads/2018/01/Ligji_per_mbrojtjen_e_te_dhenave_personale_9887_date_10_03_2008_i_ndryshuar.pdf.

Miranda, J. P., Silva, W. T., Silva, H. J., Mascarenhas, R. O., & Oliveira, V. C. (2021). Effectiveness of cryotherapy on pain intensity, swelling, range of motion, function and recurrence in acute ankle sprain: A systematic review of randomized controlled trials. *Physical Therapy in Sport*, 49, 243–249. <https://doi.org/10.1016/j.ptsp.2021.03.011>

Mogil J. S. (2012). Sex differences in pain and pain inhibition: multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nature reviews. Neuroscience*, 13(12), 859–866. <https://doi.org/10.1038/nrn3360>

Molaei, S., Dehghannayeri, N., Manookian, A., Amini, F., Esmaili, N., & Moeinibadi, F. (2020). Survey on Pain Management Knowledge and Attitude among Emergency working Nurses in Iran. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*, 5(4), 410–417. <https://doi.org/10.52547/ijmpp.5.4.410>

Morley, S., & Williams, A. (2015). New Developments in the Psychological Management of Chronic Pain. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 60(4), 168–175. <https://doi.org/10.1177/070674371506000403>

Mostafavifar, M., Wertz, J., & Borchers, J. (2012). A Systematic review of the effectiveness of kinesio taping for musculoskeletal injury. *The Physician and Sportsmedicine*, 40(4), 33–40. <https://doi.org/10.3810/psm.2012.11.1986>

Nga, D. T., Van Giang, N., Thai, D. H., Hue, H. T., & Lee, B. O. (2022). Factors Associated with Knowledge and Attitude Among Vietnamese Nursing Staff Regarding Pain Management in a Vietnam National Hospital. *The Journal of neuroscience nursing: journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 54(3), 136–142. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000648>

Ngamkham, S., Vincent, C., Finnegan, L., Holden, J. E., Wang, Z. J., & Wilkie, D. J. (2011). The McGill Pain Questionnaire as a Multidimensional Measure in People with Cancer: An Integrative Review. *Pain Management Nursing*, 13(1), 27–51. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2010.12.003>

Nguyen, A. T., Dang, A. K., Nguyen, H. T. T., Nguyen, T. X., Nguyen, T. N., Nguyen, T. T. H., Pham, T., Nguyen, A. L., Nguyen, T. T. N., Nguyen Thi, H., Nguyen, T. H., Nguyen, S. H., Tran, B. X., Latkin, C., Ho, R. C. M., Ho, C. S. H., & Vu, H. T. T. (2021). Assessing Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management Among Nurses Working in a Geriatric Hospital in Vietnam. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 14, 799–807. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S285044>

Nimer, A., & Ghrayeb, F. (2017). Palestinian Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 7(3). <https://www.ijsrp.org/research-paper-0317/ijsrp-p6304.pdf>

Noori, S. A., Rasheed, A., Aiyer, R., Jung, B., Bansal, N., Chang, K., Ottestad, E., & Gulati, A. (2018). Therapeutic ultrasound for pain management in chronic low back pain and Chronic neck pain: a Systematic review. *Pain Medicine*, 21(7), 1482–1493. <https://doi.org/10.1093/pm/pny287>

Nunes, B. C., Garcia, J. B. D. S., & Sakata, R. K. (2014). Morphine as first medication for treatment of cancer pain. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 64(4), 236–240. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2013.06.016>

Nuseir, K., Kassab, M., & Almomani, B. (2016). Healthcare Providers' Knowledge and Current Practice of Pain Assessment and Management: How Much Progress Have We Made?. *Pain research & management*, 2016, 8432973. <https://doi.org/10.1155/2016/8432973>

Orr, P. M., Shank, B. C., & Black, A. C. (2017). The role of pain classification systems in pain management. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 29(4), 407–418. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.002>

Ortiz, M. I., Cuevas-Suárez, C. E., Cariño-Cortés, R., Navarrete-Hernández, J. J., & González-Montiel, C. A. (2022). Nurses knowledge and attitude regarding pain: A systematic review and meta-analysis. *Nurse education in practice*, 63, 103390. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103390>

Ounajim, A., Maxime, B., Babin, E., Goudman, L., Moens, M., Roulaud, M., Lorgeoux, B., Baron, S., Nivole, K., Many, M., Lampert, L., Borel, S., David, R., & Rigoard, P. (2024). Identification of health trajectories of patients with persistent spinal pain syndrome type 2 using latent class trajectory methods. *European Journal of Pain*, 29(1). <https://doi.org/10.1002/ejp.4762>

Owusu Obeng, A., Hamadeh, I., & Smith, M. (2017). Review of Opioid Pharmacogenetics and Considerations for Pain Management. *Pharmacotherapy*, 37(9), 1105–1121. <https://doi.org/10.1002/phar.1986>

Padovani, M. T., Martins, M. R. I., Venâncio, A., & Forni, J. E. N. (2015). Anxiety, depression and quality of life in individuals with phantom limb pain. *Acta Ortopédica Brasileira*, 23(2), 107–110. <https://doi.org/10.1590/1413-78522015230200990>

Paquet, A., Plansont, B., Labrunie, A., Malauzat, D., & Girard, M. (2017). Past Pain Experience and Experimentally induced Pain Perception. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(12), 1013–1021. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1354103>

Peng, N. H., Lee, M. C., Su, W. L., Lee, C. H., Chen, C. H., Chang, Y. C., & Huang, C. H. (2021). Knowledge, attitudes and practices of neonatal professionals regarding pain management. *European journal of pediatrics*, 180(1), 99–107. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03718-0>

Pretorius, A., Searle, J., & Marshall, B. (2015). Barriers and enablers to emergency department nurses' management of patients' pain. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 16(3), 372–379. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.08.015>

Qaseem, A., McLean, R. M., O'Gurek, D., Batur, P., Lin, K., Kansagara, D. L., Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians, Commission on Health of the Public and Science of the American Academy of Family Physicians, Cooney, T. G., Forciea, M. A., Crandall, C. J., Fitterman, N., Hicks, L. A., Horwitch, C., Maroto, M., McLean, R. M., Mustafa, R. A., Tufte, J., Vijan, S., & Williams, J. W., Jr (2020). Nonpharmacologic and Pharmacologic Management of Acute Pain from Non-Low Back, Musculoskeletal Injuries in Adults: A Clinical Guideline From the American College of Physicians and American Academy of Family Physicians. *Annals of internal medicine*, 173(9), 739–748. <https://doi.org/10.7326/M19-3602>

Qaseem, A., Wilt, T. J., McLean, R. M., & Forciea, M. A. (2017). Noninvasive treatments for acute, subacute, and chronic low back pain: a Clinical Practice guideline from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(7), 514. <https://doi.org/10.7326/m16-2367>

Raja, S. N., & Dougherty, P. M. (2005). Anatomy and Physiology of Somatosensory and Pain Processing. In *SPEC - Essentials of Pain Medicine and Regional Anesthesia (Reprint)* (pp. 1-6). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-443-06651-1.50005-8>

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain:

concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Salameh, B. (2018). Nurses' knowledge regarding pain management in high acuity care units: A case study of Palestine. *International Journal of Health Sciences*, 12(3), 51–57. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29896072/>

Salim, N., Joshua, R., AbuBaker, N., Chehab, F., & Jose, A. (2019). Effect of a Nursing In-Service Education Program on Nurses' Knowledge and Attitudes towards Pain Management in a Governmental Hospital in the United Arab Emirates: Experimental Random Assignment Study. *Dubai Medical Journal*, 2(4), 146–152. <https://doi.org/10.1159/000503560>

Samara, H., O'Hara, L., & Singh, K. (2024). Nurses' Knowledge and Attitudes about Adult Post-Operative Pain Assessment and Management: Cross Sectional Study in Qatar. *Nursing reports (Pavia, Italy)*, 14(3), 2061–2071. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030153>

Samarkandi O. A. (2018). Knowledge and attitudes of nurses toward pain management. *Saudi journal of anaesthesia*, 12(2), 220–226. https://doi.org/10.4103/sja.SJA_587_17

Schaible, H., & Richter, F. (2004). Pathophysiology of pain. *Langenbeck S Archives of Surgery*, 389(4). <https://doi.org/10.1007/s00423-004-0468-9>

Schley, M. T., Wilms, P., Toepfner, S., Schaller, H., Schmelz, M., Konrad, C. J., & Birbaumer, N. (2008). Painful and nonpainful phantom and stump sensations in acute traumatic amputees. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 65(4), 858–864. <https://doi.org/10.1097/ta.0b013e31812eed9e>

Schofield, P. (2017). The Assessment of Pain in Older People: UK National Guidelines. *Age And Ageing*, 47(suppl_1), i1–i22. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx192>

Schou, W. S., Ashina, S., Amin, F. M., Goadsby, P. J., & Ashina, M. (2017). Calcitonin gene-related peptide and pain: a systematic review. *The Journal of Headache and Pain*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0741-2>

Schreiber, J. A., Cantrell, D., Moe, K. A., Hench, J., McKinney, E., Lewis, C. P., Weir, A., & Brockopp, D. (2013). Improving knowledge, assessment, and attitudes related to pain management: evaluation of an intervention. *Pain Management Nursing*, 15(2), 474–481. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.12.006>

Seipajervi, A. L., Simonsen, G. R., Börner, F., & Smeland, A. H. (2024). Nurses' Knowledge and Attitudes About Pain Management in Pediatric Surgical Wards: An Educational Intervention Study. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, S1524-9042(24)00252-2. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.08.013>

Setiabudy, R., Irawan, C., & Sudoyo, A. W. (2015). Opioid Use in Cancer Pain Management in Indonesia: a Call For Attention. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*, 47(3), 244–250. <https://doaj.org/article/f5e7d77231c442f19bcf27ae4d64019a>

Shahriary, S., Shiryazdi, S. M., Shiryazdi, S. A., Arjomandi, A., Haghighi, F., Vakili, F. M., & Mostafaie, N. (2015). Oncology Nurses Knowledge and Attitudes Regarding Cancer Pain Management. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*, 16(17), 7501–7506. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.17.7501>

Shi, Q., Chesworth, B. M., Law, M., Haynes, R. B., & MacDermid, J. C. (2014). A modified evidence-based practice- knowledge, attitudes, behaviour and decisions/outcomes questionnaire is valid across multiple professions involved in pain management. *BMC Medical Education*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-014-0263-4>

Shoqirat, N. (2014). 'We are nurses, they are doctors': Barriers to nurses' roles in pain management following surgery in Jordan. *International Journal of Nursing Practice*, 21(2), 200–206. <https://doi.org/10.1111/ijn.12240>

Silva, N. C. V. E., Rubio, A. L., & Alfieri, F. M. (2019). Pain tolerance: the influence of cold or heat therapy. *Journal of Chiropractic Medicine*, 18(4), 261–269. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2019.03.002>

Skelly, A. C., Brodt, E. D., Kantner, S., Diulio-Nakamura, A., Mauer, K., & Shetty, K. D. (2022). *Systematic Review on Noninvasive Nonpharmacological Treatment for Chronic Pain: Surveillance Report 3*. <https://doi.org/10.23970/ahrqepcnoninvasivenonpharmasurveillance3>

Solomon, E. T., Kassie, F. Y., Mekonnen, D. G., Mihret, M. S., Abate, A. T., & Dessie, A. A. (2021). Knowledge, Attitude, and Practice towards Labor Pain Management and Associated Factors among Skilled Birth Attendants Working at Hospitals Found in Central, West, and North Gondar Zones, Northwest Ethiopia, 2019: A Multicenter Cross-Sectional Study. *Pain research & management*, 2021, 8835677. <https://doi.org/10.1155/2021/8835677>

Steeds, C. E. (2016). The anatomy and physiology of pain. *Surgery (Oxford)*, 34(2), 55-59. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2015.11.005>

Streiner D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of personality assessment*, 80(1), 99–103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18

Sturgeon, J. (2014). Psychological therapies for the management of chronic pain. *Psychology Research and Behavior Management*, 115. <https://doi.org/10.2147/prbm.s44762>

Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2016). Social pain and physical pain: shared paths to resilience. *Pain management*, 6(1), 63–74. <https://doi.org/10.2217/pmt.15.56>

Swann M. (2021). Recognising the importance of language in effective pain assessment. *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987), 36(2), 43–50. <https://doi.org/10.7748/ns.2021.e11563>

Świerkosz, S., & Nowak, Z. (2015). Low back pain in adolescents. An assessment of the quality of life in terms of qualitative and quantitative pain variables. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*, 28(1), 25–34. <https://doi.org/10.3233/bmr-140484>

Tafas, C. A., Patiraki, E., McDonald, D. D., & Lemonidou, C. (2002). Testing an instrument measuring Greek nurses' knowledge and attitudes regarding pain. *Cancer nursing*, 25(1), 8–14. <https://doi.org/10.1097/00002820-200202000-00003>

Tagele, T. D., Berhe, Y. W., & Lema, G. F. (2023). Knowledge and attitude towards pediatric pain management among nurses at Ethiopian tertiary hospitals; a multi-center study. *BMC nursing*, 22(1), 84. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01234-8>

Tekletsadik, E. A., Desta, A. A., & Workneh, B. S. (2021). Knowledge, Attitude, and Associated Factors towards Nonpharmacological Pain Management among Nurses Working at Amhara Region Comprehensive Specialized Hospitals, Ethiopia. *Critical care research and practice*, 2021, 7374915. <https://doi.org/10.1155/2021/7374915>

Teta, A., Koduzi, G., Gaxhja, E., Gugu, M., Stena, R., & Toçi, I. (2024a). Pain management experience among emergency working nurses. *Multidisciplinary Science Journal*, 7(2), 2025066. <https://doi.org/10.31893/multiscience.2025066>

Teta, A., Koduzi, G., Gaxhja, E., & Gugu, M. (2024b). Albania Version of the Knowledge Attitude Survey Regarding Pain. *ISRG Journal of Multidisciplinary Studies (ISRGJMS)*, II(XI), 25–28. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14228086>

Thienhaus, O. J., & Cole, B. E. (2001). The classification of pain. In *Pain Management: A Practical Guide for Clinicians, Sixth Edition* (pp. 27-36). CRC Press.

Tosun, N., & Yeşilyurt, T. (2024). The Knowledge and Attitudes of Nursing Students about Pain Management. *Fenerbahçe University Journal of Health Sciences*, 4(1), 38-52. <https://doi.org/10.56061/fbujohs.1238378>

Tracy, L. M. (2017). Psychosocial factors and their influence on the experience of pain. *PAIN Reports*, 2(4), e602. <https://doi.org/10.1097/pr9.0000000000000602>

Treede, R. D., Jensen, T. S., Campbell, J. N., Cruccu, G., Dostrovsky, J. O., Griffin, J. W., Hansson, P., Hughes, R., Nurmikko, T., & Serra, J. (2008). Neuropathic pain: Redefinition and a grading system for clinical and research purposes. *Neurology*, 70(18), 1630–1635. <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000314625.20703.2c>

Tremblay, R., Lee, S., & Rudy, B. (2016). GABAergic interneurons in the neocortex: from cellular properties to circuits. *Neuron*, 91(2), 260–292. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2016.06.033>

Tripathi, L., & Kumar, P. (2014). Challenges in pain assessment: Pain intensity scales. *Indian Journal of Pain*, 28(2), 61. <https://doi.org/10.4103/0970-5333.132841>

Tsze, D. S., Hirschfeld, G., Dayan, P. S., Bulloch, B., & Von Baeyer, C. L. (2016). Defining no pain, mild, Moderate, and Severe pain based on the Faces Pain Scale–Revised and Color Analog scale in children with acute pain. *Pediatric Emergency Care*, 34(8), 537–544. <https://doi.org/10.1097/pec.0000000000000791>

Turk, D. C., & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 678–690. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.70.3.678>

Türker, Ö., & Şanlı, D. (2024). Surgical Patients' Evaluation of Pain Management Quality and Surgical Nurses' Pain-Related Knowledge and Attitudes. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 25(5), 459–466. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.03.012>

Twycross, A., & Finley, G. A. (2014). Nurses' aims when managing pediatric postoperative pain: is what they say the same as what they do?. *Journal for specialists in pediatric nursing: JSPN*, 19(1), 17–27. <https://doi.org/10.1111/jspn.12029>

Utne, I., Småstuen, M. C., & Nyblin, U. (2019). Pain Knowledge and Attitudes Among Nurses in Cancer Care in Norway. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 34(4), 677–684. <https://doi.org/10.1007/s13187-018-1355-3>

Vance, C. G., Dailey, D. L., Rakel, B. A., & Sluka, K. A. (2014). Using tens for pain control: The state of the evidence. *Pain Management*, 4(3), 197–209. <https://doi.org/10.2217/pmt.14.13>

Vieira, A. C., Bertoncello, K. C. G., Girondi, J. B. R., Nascimento, E. R. P. D., Hammerschmidt, K. S. de A., & Zeferinho, M. T. (2016). Perception of emergency nurses in using a chest pain assessment protocol. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001830014>

Von Baeyer, C. L. (2009). Children's Self-Report of Pain Intensity: What we know, where we are headed. *Pain Research and Management*, 14(1), 39–45. <https://doi.org/10.1155/2009/259759>

Wadensten, B., Fröjd, C., Swenne, C. L., Gordh, T., & Gunningberg, L. (2011). Why is pain still not being assessed adequately? Results of a pain prevalence study in a university hospital in Sweden. *Journal of clinical nursing*, 20(5-6), 624–634. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03482.x>

Will, J. S., Bury, D. C., & Miller, J. A. (2013). Mechanical low back pain. *Springer eBooks*, 1796. https://doi.org/10.1007/978-3-642-28753-4_101227

Wong, J. Y., & Fong, D. Y. (2014). Anxiety mediates the impact of stress on psychosomatic symptoms in Chinese. *Psychology Health & Medicine*, 20(4), 457–468. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.951372>

World Health Organization (2002) Acupuncture Review and Analysis of Reports on Controlled Clinical Trials. World Health Organization, Geneva. *Scientific Research Publishing*. (2016). Scirp.org. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1771705>

World Health Organization. (2020). Guidelines on the management of chronic pain in children. *World Health Organization*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK566553/>. Accessed August 20, 2024.

World Health Organization. (2019). WHO revision of pain management guidelines. [Www.who.int. https://www.who.int/news/item/27-08-2019-who-revision-of-pain-management-guidelines](https://www.who.int/news/item/27-08-2019-who-revision-of-pain-management-guidelines)

Wrona, S. K., Quinlan-Colwell, A., Brown, L., & Jannuzzi, R. G. E. (2022). Procedural Pain Management: Clinical Practice Recommendations American Society for Pain Management Nursing. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 23(3), 254–258. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.11.008>

Xhindoli, M., Çako, & Llavdaniti, M. (2016). The assessment of the knowledge of health care operators on paliative care in Vlora Hospital. *International Journal of Science and Research (IJSR)*, 5(3), 300–302. <https://doi.org/10.21275/v5i3.nov161809>

Yam, M. F., Loh, Y. C., Tan, C. S., Adam, S. K., Manan, N. A., & Basir, R. (2018). General pathways of pain sensation and the major neurotransmitters involved in pain regulation. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(8), 2164. <https://doi.org/10.3390/ijms19082164>

Yu, W., Li, D., Lu, Y., Yang, H., & Ma, X. (2021). Knowledge and Attitudes of Chinese Oncology Nurses Regarding Cancer Pain Management-a Cross-Sectional Study. *Journal of cancer education: the official journal of the American Association for Cancer Education*, 36(5), 1115–1123. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01743-z>

Zaabi, A. A., Al-Saadi, M., Alaswami, H., & Al-Musalami, A. (2023). Assessing Nurses' Knowledge and Attitudes towards Cancer Pain Management in Oman. *Cancers*, 15(15), 3925. <https://doi.org/10.3390/cancers15153925>

Zeng, C., Li, H., Yang, T., Deng, Z., Yang, Y., Zhang, Y., & Lei, G. (2014). Electrical stimulation for pain relief in knee osteoarthritis: systematic review and network meta-analysis. *Osteoarthritis and Cartilage*, 23(2), 189–202. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2014.11.014>

Zimmer, Z., Fraser, K., Grol-Prokopczyk, H., & Zajacova, A. (2022). A global study of pain prevalence across 52 countries: examining the role of country-level contextual factors. *Pain*, 163(9), 1740–1750. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002557>

Zuazua-Rico, D., Maestro-González, A., Mosteiro-Díaz, M. P., & Fernández-Garrido, J. (2019). Spanish Version of the Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain. *Pain management nursing: official journal of the American Society of Pain Management Nurses*, 20(5), 497–502. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2018.12.007>

SHTOJCA 1
INSTRUMENTI I PËRDORUR

PYETËSORI I NJOHURIVE DHE QËNDRIMEVE NË LIDHJE ME DHEMBJEN

Ky pyetësor ka për qëllim të evidentojë dhe të vlerësojë njohuritë dhe qëndrimet e personelit infermior në lidhje me menaxhimin e dhembjes te pacientët.

Të dhënat e këtij pyetësori do të përdoren vetëm për qëllime shkencore duke respektuar Ligjin për mbrojtjen e të dhënave personale, Nr. 9887, datë 10.03.2008, i ndryshuar në ligjin nr. 48/2012, ndryshuar me ligjin Nr.120/2014 "PËR MBROJTJEN E TË DHËNAVE PERSONALE", në mbështetje të neneve 78 dhe 83 pika 1 e Kushtetutës, me propozimin e Këshillit të Ministrave.

Ju lutemi shënoni përgjigjen tuaj për secilën pyetje në anketën e mëposhtme. Nëse nuk jeni të sigurt për një përgjigje, ju lutemi jepni një përgjigje të cilën e mendoni si më të saktën. Mundohuni të mos lini asnjë pyetje të paplotësuar.

SEKSIONI I - TË DHËNA SOCIO-DEMOGRAFIKE

1. Gjinia

1. Femër
2. Mashkull

2. Mosha _____

3. Kualifikimi/ niveli arsimor

1. Bachelor në Infermieri
2. Master Profesional
3. Master Shkencor

4. Reparti në të cilin punoni? _____

5. Sa vite eksperiencë pune keni? _____

6. A keni zhvilluar trajnime/seminare mbi menaxhimin e dhembjes te pacientëve?

1. Po
2. Jo

SEKSIONI II - PYETËSORI I NJOHURIVE DHE QËNDRIMEVE NË LIDHJE ME DHEMBJEN

PJESA 1- E VËRTETË / E GABUAR - Qarkoni përgjigjen e saktë

- V G 1.** Shenjat vitale janë gjithmonë tregues të besueshëm të intensitetit të dhembjes së pacientit.
- V G 2.** Fëmijët nën 2 vjeç kanë ndjeshmëri të ulët të dhembjes dhe kujtesë të kufizuar mbi përvojat e dhembshme, sepse sistemi i tyre nervor është ende i pazhvilluar.
- V G 3.** Pacientët të cilët mund të shpërqendrohen nga ndjesia e dhembjes zakonisht nuk kanë dhembje të forta.
- V G 4.** Pacientët mund të flenë pavarësisht dhembjeve të forta.
- V G 5.** Aspirina dhe agjentët e tjerë anti-inflamatorë josteroidë Nuk janë analgjezik efektivë kundër dhembjes në metastazat e dhembshme kockore.
- V G 6.** Depresioni respirator ndodh rrallë tek pacientët që kanë marrë doza të qëndrueshme të opioideve gjatë një periudhe disamujore.
- V G 7.** Kombinimi i analgjezikeve që kanë mekanizmëm veprimi të ndryshëm (p.sh., kombinimi i një aji me një opioid) mund të rezultojë në kontroll më të mirë të dhembjes me më pak efekte anësore sesa përdorimi i një agjenti të vetëm analgjezik.
- V G 8.** Kohëzgjatja e zakonshme e analgjezisë pas administrimit të 1 deri në 2 mg morfinë iv është 4 deri në 5 orë.
- V G 9.** Opioidet nuk duhet të përdoren në pacientët me historik të abuzimit me substancat.
- V G 10.** Pacientët e moshuar nuk tolerojnë marrjen e opioideve për lehtësimin e dhembjes.
- V G 11.** Pacientët duhet të inkurajohen që të durojnë sa më shumë që të jetë e mundur dhembjen përpara përdorimit të një opioid.
- V G 12.** Fëmijët nën 11 vjeç nuk raportojnë në nivel të besueshëm dhembjen, prandaj mjekët duhet të mbështeten vetëm në vlerësimin e prindërve mbi intensitetin e dhembjes së fëmijës.
- V G 13.** Besimet spirituale të pacientëve mund t'i shtyjnë ata të mendojnë se dhembja dhe vuajtja janë të nevojshme.
- V G 14.** Pasi administrimit të një dozë fillestare të analgjezikut opioid, dozat pasardhëse duhet të përshtaten sipas përgjigjes individuale të pacientit.
- V G 15.** Administrimi me injeksion i ujit steril (placebo) tek pacientët është një test i dobishëm për të përcaktuar nëse dhembja është reale.
- V G 16.** Vicodin (hidrokodon 5 mg + acetaminofen 300 mg) e administruar në rrugë orale (PO) është afërsisht ekuivalente me 5-10 mg morfinë PO.
- V G 17.** Nëse burimi i dhembjes së pacientit është i panjohur, opioidet nuk duhet të përdoren gjatë periudhës së vlerësimit të dhembjes, sepse kjo mund të maskojë aftësinë për të diagnostikuar saktë shkakun e dhembjes.
- V G 18.** Barnat antikonvulsante si gabapentina (Neurontin) shkaktojnë lehtësim optimal të dhembjes pas marrjes së një doze të vetme.
- V G 19.** Benzodiazepinat nuk janë lehtësues efektivë të dhembjes dhe rekomandohen rrallë si pjesë e një trajtimi analgjezik.
- V G 20.** Varësia nga lëndët narkotike/opioidet përkufizohet si një çrregullim kronik neurobiologjik i cili karakterizohet nga sjellje që përfshijnë një ose më shumë nga sa vijon: kontroll i dobët mbi përdorimin e drogës, përdorim kompulsiv, përdorim i vazhdueshëm pavarësisht nga dëmi që kanë dhe dëshirë e pakontrolluar.
- V G 21.** Termi "ekuianalgjezi" do të thotë analgjezi afërsisht e njëjtë dhe përdoret kur i referohemi dozave të analgjezikeve të ndryshëm që ofrojnë përafërsisht të njëjtin nivel lehtësimi të dhembjes.
- V G 22.** Vlerësimi i nivelit të qetësisë rekomandohet gjatë menaxhimit të dhembjes me opioid, sepse qetësimi/relaksimi i tepërt i paraprin depresionit respirator të shkaktuar nga opioidet.

PJESA 2 - ZGJEDHJE E SHUMËFISHTË – Përzgjidhni një përgjigje të saktë

23. Rruga e rekomanduar e administrimit të analgjezikëve opioidë për pacientët me kancer që kanë dhembje të vazhdueshme është:

- A. Intravenoze
- B. Intramuskulare
- C. Subkutane
- D. Orale
- E. Rektale

24. Rruga e rekomanduar e administrimit të analgjezikëve opioidë për pacientët me dhembje me kohëzgjatje të shkurter, të forta që fillon papritur si dhembja nga një traumë ose dhembja postoperative, është:

- A. Intravenoze
- B. Intramuskulare
- C. Subkutane
- D. Orale
- E. Rektale

25. Cili nga medikamentet analgjezike të mëposhtme konsiderohet si bari i përzgjedhur për trajtimin e dhembjeve që zgjasin në kohë, nga të moderuara deri në të forta tek pacientët me kancer?

- A. Codeina
- B. Morfina
- C. Meperidina
- D. Tramadol

26. Një dozë prej 30 mg morfinë orale është afërsisht ekuivalente me:

- A. Morfinë 5 mg IV
- B. Morfinë 10 mg IV
- C. Morfinë 30 mg IV
- D. Morfinë 60 mg IV

27. Analgjezikët për dhembjet postoperative duhet fillimisht të jepen:

- A. Rreth të njejtës orë gjatë një plani trajtimi të përcaktuar
- B. Vetëm kur pacienti kërkon mjekimin
- C. Vetëm kur infermieri konstaton se pacienti ka diskonfort të moderuar ose të shprehur

28. Një pacient me dhembje të vazhdueshme nga tumori ka marrë analgjezik opioid çdo ditë për 2 muaj. Ditën e djeshme pacientit iu administruan 200 mg/orë morfinë intravenoze. Sot ka marrë 250 mg/orë në rrugë intravenoze. Gjasat që pacienti të shfaqë depresion respirator klinikisht të rëndësishëm në mungesë të sëmundjeve të tjera bashkëshoqëruese është:

- A. Më pak se 1%
- B. 1-10%
- C. 11-20%
- D. 21-40%
- E. > 41%

29. Arsyeja më e zakonshme që një pacient me dhembje do të kërkojë rritje të dozave të barnave kundër dhembjes është:

- A. Pacienti po përjeton dhembje të shtuara.
- B. Pacienti po përjeton ankth ose depresion të shtuar.
- C. Pacienti kërkon më shumë vëmendje nga personeli.
- D. Kërkesa e pacientit lidhet me varësinë.

30. Cili është më i dobishëm për trajtimin e dhembjes nga kanceri?

- A. Ibuprofen (motrin)
- B. Hidromorfon (dilaudid)
- C. Gabapentin (neurontin)
- D. Të gjitha të mësipërmet

31. Vlerësuesi më i saktë për intensitetin e dhembjes së pacientit është:

- A. Mjeku që e trajton
- B. Infermierja kryesore e pacientit
- C. Pacienti
- D. Farmacisti
- E. Bashkëshorti ose familja e pacientit

32. Cili nga pohimet e mëposhtme përshkruan qasjen më të mirë ndaj faktorëve kulturorë në kujdesin e pacientëve me dhembje:

- A. Nuk ka më ndikime kulturore në shqipëri për shkak të diversitetit të popullsisë.
- B. Ndikimet kulturore mund të përcaktohen nga përkatësia etnike e një individi (p.sh., aziatikët janë stoikë, italianët janë shprehës, etj.).
- C. Pacientët duhet të vlerësohen individualisht për të përcaktuar ndikimet kulturore.
- D. Ndikimet kulturore mund të përcaktohen nga statusi socio-ekonomik i një individi (p.sh., punonjësit e jakës blu raportojnë më shumë dhembje sesa punonjësit e jakës së bardhë).

33. Sa mundësi ka që pacientët të cilët përjetojnë dhembje të shfaqin probleme të abuzimit me alkoolin dhe/ose drogën?

< 1% 5 - 15% 25 - 50% 75 - 100%

34. Morfina e dhënë në rrugë IV arrin efektin maksimal pas:

- A. 15 min.
- B. 45 min.
- C. 1 orë
- D. 2 orë

35. Morfina e dhënë në rrugë orale arrin efektin maksimal pas:

- A. 5 min.
- B. 30 min.
- C. 12 orë
- D. 3 orë

36. Pas ndërprerjes së menjëhershme të një opioidi, varësia fizike manifestohet si më poshtë:

- A. Djersitje, zverdhje, diarree dhe axhitacion i pacientëve kur opioidet ndërpriten papritur.
- B. Kontrolli i dobët mbi përdorimin e drogës, përdorimin compulsive dhe dëshirën e shtuar.
- C. Nevoja për doza më të larta për të arritur të njëjtin efekt.
- D. A dhe b

37. Cili pohim është i vërtetë në lidhje me depresionin respirator të shkaktuar nga opioidet:

- A. Është më i zakonshëm disa netë pas operacionit për shkak të akumulimit të opioideve.
- B. Apnea obstruktive e gjumit është një faktor i rëndësishëm rreziku.
- C. Ndodh më shpesh tek ata që tashmë kanë marrë doza më të larta të opioideve përpara operacionit.
- D. Mund të vlerësohet lehtësisht duke përdorur pulsoksimetrinë intermitente.

PJESA 3 - STUDIM RASTI

Janë paraqitur dy studime rasti të dy pacientëve të ndryshëm. Për secilin pacient ju kërkohet të merrni vendime në lidhje me dhembjen dhe mjekimin.

Udhëzime: ju lutemi zgjidhni një përgjigje për secilën pyetje

38. Pacienti A: Andrea është 25 vjeç dhe kjo është dita e tij e parë pas operacionit abdominal. Ndërsa hyni në dhomën e tij, ai ju buzëqesh dhe vazhdon të flasë dhe të bëjë shaka me vizitorin e tij. Vlerësimi juaj nxjerr në pah informacionin e mëposhtëm: pa (presion arterial) = 120/80; fk (frekuenca kardiake) = 80; r(respiracion) = 18; në një shkallë nga 0 deri në 10 (0 = pa dhembje / pa diskomfort, 10 = dhembje e përkeqësuar/ diskomfort më i madh) ai e vlerëson dhembjen e tij si 8.

- A. Në kartelën e pacientit duhet të shënoni dhembjen e tij në shkallën si më poshtë. Rrethoni numrin që përfaqëson vlerësimin tuaj për dhembjen e Andreas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0)Pa dhembje/pa diskomfort
më i madh

(10)dhembje e përkeqësuar/diskomfort

Pa = 120/80mmhg; fr = 80rrahje/min; r = 18 frymëmarrje/min

B. Vlerësimi i mësipërm u bë dy orë pasi ai mori morfinë 2 mg iv. Vlerësimet e dhembjes cdo gjysëm ore pas administrimit varioojnë nga 6 në 8 dhe pacienti nuk kishte depresion respirator të rëndësishëm klinik, qetësim ose efekte të tjera anësore të padëshiruara. Sipas pacientit niveli i tij i pranueshëm i dhembjes identifikohet 2 nga 10. **Përshkrimi i mjekut për analgjezi është "morfinë iv 1-3 mg çdo një orë kur është e nevojshme për lehtësimin e dhembjeve". Kontrolloni veprimin që do të bëni në këtë moment.**

1. Mos administroni morfinë për momentin.
2. Administroni morfinë 1 mg IV menjëherë.
3. Administroni morfinë 2 mg IV tani.
4. Administroni morfinë 3 mg IV tani.

39. Pacienti B: Roberti është 25 vjeç dhe kjo është dita e tij e parë pas operacionit abdominal. Në momenti që hyni në dhomën e tij, ai është i shtrirë i qetë në shtrat dhe ndërsa kthehet në krevat ai bën mimika paretie. Vlerësimi juaj zbulon informacionin e mëposhtëm: pa = 120/80mmhg; fk = 80frymëmarrje/min; r = 18respiracione/min. Në një shkallë nga 0 deri në 10 (0 =pa dhembje / pa diskomfort, 10 = dhembje e përkeqësuar/ diskomfort më i madh) ai e vlerëson dhembjen e tij si 8.

- A. Në kartelën e pacientit duhet të shënoni dhembjen e tij në shkallën më poshtë. Rrethoni numrin që përfaqëson vlerësimin tuaj për dhembjen e Robertit:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(0)Pa dhembje/pa diskomfort
përkeqësuar/diskomfort më i madh

(10)dhembje e

B. Vlerësimi i mësipërm u bë dy orë pasi ai mori morfinë 2 mg iv. Vlerësimet e dhembjes për gjysmë ore pas injektimit varionin nga 6 në 8 dhe ai nuk kishte depresion respirator të rëndësishëm klinik, qetësim ose efekte të tjera anësore të pakëndshme. Ai ka identifikuar 2/10 si një nivel të pranueshëm për lehtësimin e dhembjes.

Përshkrimi i mjekut të tij për analgjezi është " morfinë iv 1-3 mg çdo një orë kur është e nevojshme për lehtësimin e dhembjeve". Kontrolloni veprimin që do të bëni në këtë moment:

1. Mos administroni morfinë në këtë moment.
2. Administroni morfinë 1 mg IV tani/menjëherë.
3. Administroni morfinë 2 mg IV tani.
4. Administroni morfinë 3 mg IV tani.

SHTOJCA 2
LEJA E PYETËSORIT



July 2014

The “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” tool can be used to assess nurses and other professionals in your setting and as a pre and post test evaluation measure for educational programs. The tool was developed in 1987 and has been used extensively from 1987 - present. The tool has been revised over the years to reflect changes in pain management practice.

Regarding issues of reliability and validity: This tool has been developed over several years.

Content validity has been established by review of pain experts. The content of the tool is derived from current standards of pain management such as the American Pain Society, the World Health Organization, and the National Comprehensive Cancer Network Pain Guidelines. Construct validity has been established by comparing scores of nurses at various levels of expertise such as students, new graduates, oncology nurses, graduate students, and senior pain experts. The tool was identified as discriminating between levels of expertise. Test-retest reliability was established ($r > .80$) by repeat testing in a continuing education class of staff nurses ($N=60$). Internal consistency reliability was established ($\alpha > .70$) with items reflecting both knowledge and attitude domains.

Regarding analysis of data: We have found that it is most helpful to avoid distinguishing items as measuring either knowledge or attitudes. Many items such as one measuring the incidence of addiction really measures both knowledge of addiction and attitude about addiction. Therefore, we have found the most benefit to be gained from analyzing the data in terms of the percentage of complete scores as well as in analyzing individual items. For example, we have found it very helpful to isolate those items with the least number of correct responses and those items with the best scores to guide your educational needs.

Enclosed for your use is a copy of our instrument and an answer key. You may use and duplicate the tool for any purpose you desire in whole or in part. References to some of our studies which have included this tool or similar versions are included below. We have received hundreds of requests for the tool and additional use of the tool can be found in other published literature. We also acknowledge the assistance of several of our pain colleagues including Judy Paice, Chris Pasero, and Nessa Coyle in the revisions over the years. If using or publishing the tool results please cite the reference as **“Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” developed by Betty Ferrell, RN, PhD, FAAN and Margo McCaffery, RN, MS, FAAN, (<http://prc.coh.org>), revised 2014.**

We hope that our tool will be a useful aid in your efforts to improve pain management in your setting. Sincerely,

Handwritten signature of Betty R. Ferrell in black ink.

Betty R. Ferrell, RN, PhD, FAAN
Research Scientist

Handwritten signature of Margo McCaffery in black ink.

Margo McCaffery, RN, MS, FAAN
Lecturer and Consultant