



**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 RREZIQEVE SPITALORE DHE MASAT E
SIGURISË NË INFERMIERËT E SPITALIT RAJONAL
"XHAFERR KONGOLI", ELBASAN**

KANDIDATI

Entela DRIZAJ

UDHËHEQËS

Prof.as.dr. Shkëlqim HIDRI

ELBASAN, 2025

Doktoratë

Përgatitur nga: Entela Drizaj

Për marjen e gradës shkencore "Doktor"

VLERËSIMI I RREZIQEVE SPITALORE DHE MASAT E SIGURISË NË INFERMIERËT E SPITALIT RAJONAL "XHAFERR KONGOLI", ELBASAN

Udhëheqës shkencor: **Prof.as.dr. SHKËLQIM HIDRI**

Mbrojtja e disertacionit u zhvillua më datë: __/__/__, para jurisë:

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

© Entela Drizaj, 2025

Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit.

Ky botim mbrohet nga e drejta e autorit. Ndalohet riprodhimi, publikimi i plotë ose i pjesshëm, shpërndarja në internet, ruajtja në sisteme elektronike apo përdorimi në çdo formë tjetër, pa autorizimin me shkrim të autorit.

Abstrakt

Hyrje: Stafi infermieror përballet vazhdimisht me rreziqe të shumta në ambjentin spitalor, të cilat mund të ndikojnë drejtpërdrejtë në shëndetin dhe sigurinë e tyre.

Qëllimi i këtij studimi është vlerësimi i nivelit të ekspozimit ndaj rreziqeve spitalore dhe i shkallës së zbatimit të masave paraprake standarde (MPS) nga stafi infermieror i Spitalit Rajonal "Xhaferr Kongoli" Elbasan.

Materialet dhe metoda: Studimi është kuantitativ, i tipit kros-seksional. Ky studim u realizua në Spitalin Rajonal "Xhaferr Kongoli" Elbasan, ku morën pjesë infermierë me nivele të ndryshme arsimore dhe përvojash profesionale. Të dhënat u mblodhën nëpërmjet dy pyetësorëve të strukturuar, të vetëadministruar, ku pyetësi i parë u shpërnda në periudhën 2 Nëntor - 24 Dhjetor 2023, ndërsa pyetësi i dytë u shpërnda në periudhën 29 Prill - 29 Maj 2024. Analizimi i të dhënave u realizua nëpërmjet metodës së regresionit logjistik univariat dhe multivariat si dhe regresionit logjistik binar.

Rezultate: Kampioni i studimit përfshinte 223 infermierë në pyetësin e parë dhe 175 infermierë në pyetësin e dytë. Ekspozimi ndaj mjeteve të mprehta u paraqit fillimisht në një nivel mesatarisht të lartë, ndërsa në fazën e dytë u rrit ndjeshëm. U evidentuan se pjesa më e madhe e infermierëve ishin ekspozuar ndaj rrezikut biologjik krahasuar me rreziqet e tjera. Analiza konfirmoj se ekziston një lidhje statistikisht e rëndësishme ($p < 0.05$) midis raportimit të aksidenteve biologjike dhe njohurive të infermierëve mbi serologjinë e pacientit. Njohuritë mbi masat paraprake standarde rezultuan që të ishin të një niveli mesatar, ndërsa zbatimi i tyre në ndërhyrjet e aplikuara rezultoj që të ishte i një niveli të lartë. Pjesa më e madhe e infermierëve dëshmuar një nivel të lartë të vetë-efikasitetit dhe lidhja me zbatimin e MPS rezultoi që të ishte statistikisht shumë sinjifikante. Lidhja midis njohurive dhe zbatimit të MPS rezultoi që të ishte gjithashtu statistikisht sinjifikante.

Konkluzione: Bazuar në gjetjet e studimit, për të përmirësuar nivelin e njohurive lidhur me MPS si dhe zbatimin e tyre, duhet të zhvillohen fushata ndërgjegjësimi mbi rëndësinë e raportimit të aksidenteve spitalore si dhe të monitorohet në mënyrë periodike zbatueshmëria e MPS, për të aplikuar masat korrigjuese të menjëhershme.

Fjalë kyçe: masa paraprake standarde, njohuritë, rreziqe spitalore, vetëefikasiteti, zbatimi

Abstract

Introduction: Nursing staff constantly face numerous risks in the hospital environment, which can directly affect their health and safety.

The aim of this study is to evaluate the level of occupational exposure to hospital-related hazards and the level of adherence to standard precautionary measures (SPMs) among nursing staff at the “Xhaferr Kongoli” Regional Hospital in Elbasan.

Materials and Methods: This is a quantitative, cross-sectional study. The study was conducted at the "Xhaferr Kongoli" Regional Hospital in Elbasan, involving nurses with varying levels of education and professional experience. Data were collected through two structured, self-administered questionnaires, with the first questionnaire distributed between November 2 and December 24, 2023, and the second questionnaire distributed between April 29 and May 29, 2024. Data analysis was performed using univariate, multivariate, and binary logistic regression methods.

Results: The study sample included 223 nurses in the first questionnaire and 175 nurses in the second questionnaire. Exposure to sharps was initially moderately high, while in the second phase it increased significantly. The findings revealed that the majority of nurses were exposed to biological hazards compared to other risks. Analysis revealed a statistically significant relationship ($p < 0.05$) between the reporting of biological accidents and nurses' knowledge of patient serology. Knowledge of standard precautions was at an average level, whereas their implementation in applied interventions was high. Most nurses demonstrated a high level of self-efficacy, and the association with SP implementation was statistically highly significant. The relationship between knowledge and SP implementation was also statistically significant.

Conclusions: Based on the study findings, to improve knowledge of SPs and their implementation, awareness campaigns should be developed on the importance of reporting hospital accidents, and the adherence to SPs should be periodically monitored to enable immediate corrective actions.

Keywords: standard precautions, knowledge, hospital risks, self-efficacy, implementation

Mirënjohja

Ky disertacion përfaqëson jo vetëm një përmbushje akademike, por edhe një udhëtim personal të mbushur me përkushtim, sakrifica dhe mbështetje nga njerëz të çmuar që më kanë qëndruar pranë në çdo hap të këtij rrugëtimi.

Në radhë të parë, dua të shpreh mirënjohjen time të thellë për Universitetin “Aleksandër Xhuvani” të Elbasanit, Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike dhe Prof.dr. Skender Topi për mundësinë e dhënë për të ndjekur dhe përfunduar studimet e mia doktorale. Ky institucion ka qenë një mjedis frymëzues, mbështetës dhe sfidues njëkohësisht, ku unë pata mundësinë të rritem profesionalisht dhe të kontribuoj në fushën e shkencave mjekësore.

Një falënderim i veçantë shkon për udhëheqësin tim shkencor, Prof. as. dr. Shkëlqim Hidri, për përkushtimin, durimin dhe mbështetjen që më ka ofruar gjatë gjithë procesit të këtij punimi.

Me të njëjtën mirënjohje të thellë, falënderoj kolegën Dr.Mitilda Gugu, për mbështetjen e vazhdueshme, sugjerimet konkrete dhe besimin që ka treguar në punën time.

Një falënderim i veçantë shkon për shefen e departamentit dhe kolegën, Dr. Elona Gaxhja, e cila më ka mbështetur në mënyrë të vazhdueshme gjatë realizimit dhe përfundimit të këtij disertacioni.

Falënderoj prindërit e mi, të cilët kanë qenë themeli i çdo arritjeje në jetën time. Me dashurinë, sakrificat dhe mbështetjen e tyre të pakushtëzuar, më kanë dhënë forcën për të përballuar çdo sfidë akademike dhe personale.

Një falënderim nga zemra i dedikohet bashkëshortit tim, Erjonit, për mirëkuptimin, durimin dhe mbështetjen e palodhur. Ai ka qenë mbështetja më e madhe në ditët më të lodhshme dhe njeriu që më ka inkurajuar të mos dorëzohem asnjëherë.

*Mirënjohjen më të ndjeshme e ruaj për **vajzat e mia të dashura, Enian dhe Emel**, të cilave u kam munguar në shumë momente të rëndësishme gjatë këtij rrugëtimi. Ju jeni burimi im i forcës, gëzimit dhe arsyeja pse dua të jem gjithmonë një shembull i mirë për të ardhmen tuaj. Ky disertacion është një dëshmi e përkushtimit tim ndaj profesionit, por mbi të gjitha, është një arritje që i dedikohet me dashuri të gjithë atyre që më kanë qëndruar pranë në heshtje, në sfidë dhe në triumf.*

TABELA E PËRMBAJTJES

Abstrakt.....	iii
Abstract.....	iv
Mirënjohja.....	v
Lista e tabelave	ix
Lista e grafikëve.....	xi
Lista e figurave	xii
Shkurtime.....	xiii

KAPITULLI 1: HYRJE

1.1 Hyrje	1
1.2 Paraqitja e problemit	2
1.3 Struktura e punimit	6

KAPITULLI 2: SFONDI TEORIK DHE RISHIKIMI I LITERATURËS

2.1 Përkufizimi i koncepteve	7
2.2 Rëndësia e shëndetit në punë	8
2.3 Rreziqet profesionale në sektorin e kujdesit shëndetësor	8
2.4 Rreziqet biologjike.....	10
2.4.1 Mënyrat e transmetimit të infeksioneve në mjediset spitalore.....	11
2.4.2 Faktorët e rrezikut në transmetimin e agjentëve infektivë.....	15
2.5 Rreziqet kimike	16
2.5.1 Kriteret për klasifikimin e kimikateve	17
2.5.2 Ekspozimi ndaj kimikateve në mjediset e kujdesit shëndetësor	18
2.6 Rreziqet fizike.....	20
2.6.1 Ekspozimi ndaj agjentëve fizikë në sektorin e kujdesit shëndetësor	20
2.7 Rreziqet ergonomike në sektorin shëndetësor	23
2.8 Rreziqet psikosociale në sektorin shëndetësor.....	24
2.8.1 Faktorët që ndikojnë në rreziqet psikosociale.....	24
2.9 Siguria dhe shëndeti në punë	27
2.10 Menaxhimi i rreziqeve në ambjentet spitalore.....	28
2.10.1 Identifikimi dhe vlerësimi i rreziqeve spitalore	29
2.11 Hirearkia e kontrollit	30

2.11.1 Nivelet e veprimit të hierarkisë së kontrollit.....	31
2.12 Legjislacioni kombëtar lidhur me rreziqet në punë	33
2.12.1 Roli i punëdhënësit	33
2.12.2 Roli i punëmarrësit.....	34
2.13 Raportimi i aksidenteve në punë.....	34
2.13.1 Procesi i raportimit të aksidentit	35
2.14 Plani i menaxhimit të incidenteve/aksidenteve	36
2.15 Rëndësia e kryerjes së trajnimeve për sigurinë në punë	36
2.16 Rëndësia e imunizimit të punonjësve të kujdesit shëndetësor	37
2.17 Profilaksia pas ekspozimit (PEP)	39
2.17.1 Profilaksia pas shpimit aksidental me age/mjet tjetër të mprehtë.....	40
2.17.2 Testimi i rasteve të ekspozuara ndaj HIV, hepatitit B dhe hepatitit C.....	40
2.17.3 Profilaksia pas ekspozimit ndaj HIV, hepatitit B dhe hepatitit C	41
2.18 Menaxhimi i mbetjeve spitalore.....	42
2.19 Masat paraprake standarde.....	44
2.20 Njohuritë e stafit infermieror lidhur me MPS	49
2.21 Vetë-efikasiteti	50
2.21.1 Ndikimi i vetë-efkasitetit në praktikat infermierore	50

KAPITULLI 3: METODOLOGJIA E STUDIMIT

3.1 Qëllimi i studimit	52
3.2 Objektivi i përgjithshëm	52
3.3 Objektivat specifike	53
3.4 Hipotezat e studimit	53
3.5 Fusha e studimit	54
3.6 Periudha kohore e studimit	54
3.7 Kampioni i studimit	55
3.8 Kriteret përfshirëse dhe përjashtuese	56
3.9 Procedura e mbledhjes së të dhënave.....	57
3.10 Instrumentet e studimit	57
3.11 Analiza statistikore e të dhënave	64
3.12 Konsiderata etike	66

KAPITULLI 4: REZULTATE

4.1 Faza e parë	67
4.2 Faza e dytë	107

KAPITULLI 5: DISKUTIME

5.1 Diskutime.....	124
--------------------	-----

KAPITULLI 6: KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME

	132
--	-----

6.1 Konkluzione.....	132
6.2 Rekomandime	135
6.3 Pikat e forta dhe limitet e studimit	137
6.3.1 Pikat e forta	137
6.3.2 Limitet e studimit.....	137

REFERENCA.....

	138
--	-----

SHTOJCA

Shtojca 1. Formulari i raportimit të incidenteve spitalore në QSRXHK, Elbasan.....	157
Shtojca 2. Formulari i raportimit të ngjarjeve të padëshiruara.....	159
Shtojca 3. Formulari i raportimi në rast dhune (OSHA)	162
Shtojca 4. Pyetësi 1	163
Shtojca 5. Pyetësi 2.....	170
Shtojca 6. Leja e pyetësit General Self-Efficacy Scale	172

LISTA E TABELAVE

Tabela. 1. Rreziqet profesionale në sektorin e kujdesit shëndetësor	9
Tabela. 2. Agjentët infektivë, burimi dhe mënyra e transmetimit	15
Tabela. 3. Kategoria e kimikateve dhe efektet shëndetësore pas ekspozimit	17
Tabela. 4. Karakteristikat socio-demografike të subjekteve në studim	67
Tabela. 5. Të dhënat e subjekteve në studim lidhur me punën	70
Tabela. 6. Rreziqet në punë	73
Tabela. 7. Trajnimet mbi MPS si dhe menaxhimi i mbetjeve spitalore	74
Tabela. 8. Arsyet e mosmbajtjes së dorezave gjatë ndërhyrjeve infermierore	76
Tabela. 9. Frekuenca e pohimeve të njohurive lidhur me MPS	77
Tabela. 10. Frekuenca e pohimeve mbi njohuritë lidhur me MPS.....	78
Tabela. 11. Pikëzimi i pohimeve të njohurive lidhur me MPS.....	80
Tabela. 12. Frekuenca e pohimeve mbi zbatimin e MPS	81
Tabela. 13. Pikëzimi i pohimeve mbi zbatimin e MPS	83
Tabela. 14. Pikëzimi i pohimeve mbi zbatimin e MPS (vetëm dy përgjigjet).....	84
Tabela. 15. Pohimet mbi shkallën e përgjithshme të vetë-efikasitetit.....	85
Tabela. 16. Pikëzimi i pohimeve mbi shkallën e përgjithshme të vetë-efikasitetit.....	86
Tabela. 17. Të dhënat mbi nivelin e njohurive, zbatimit dhe vetë-efikasitetit.....	87
Tabela. 18. Vlerat e alfa Cronbach për njohuritë, zbatimin dhe vetë-efikasitetin.....	89
Tabela. 19. Statistika e item total correlation e seksionit të njohurive	90
Tabela. 20. Statistika e item total correlation e shkallës së zbatimit.....	90
Tabela. 21. Statistika e item total correlation e seksionit të vetë-efikasitetit	91
Tabela. 22. Korrelacioni midis nivelit të njohurive dhe vetë-efikasitetit me zbatimin	92
Tabela. 23. Krahasimi i njohurive sipas të dhënave demografike dhe profesionale	93
Tabela. 24. Krahasimi i zbatimit sipas të dhënave demografike dhe profesionale	96
Tabela. 25. Krahasimi i vetëefikasitetit sipas të dhënave demografike dhe profesionale ..	99
Tabela. 26. Faktorët prediktorë të zbatimit të MPS (Regresioni linear univariat)	102
Tabela. 27. Faktorët prediktorë të zbatimit të MPS (Regresioni linear multivariate)	104
Tabela. 28. Koeficientët R dhe R^2 të modelit regresiv	105
Tabela. 29. Karakteristikat socio-demografike të subjekteve në studim	107

Tabela. 30. Testet e besueshmërisë për pyetësin e dytë	112
Tabela. 31. Lidhja e numrit të aksidenteve biologjike me faktorët e rrezikut	119
Tabela. 32. Lidhja e raportimit të aksidenteve biologjike me faktorët e rrezikut	121
Tabela. 33. Analiza logjistike binare: aksidentet biologjike dhe mosraportimi	123

LISTA E GRAFIKËVE

Grafiku. 1. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë	68
Grafiku. 2. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas grupmoshës.....	68
Grafiku. 3. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas statusit martesor.....	69
Grafiku. 4. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas nivelit arsimor	69
Grafiku. 5. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas pozicionit të punës.....	70
Grafiku. 6. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas repartit	71
Grafiku. 7. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas eksperiencës në punë	72
Grafiku. 8. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas turneve të punës.....	72
Grafiku. 9. Vaksinimi i stafit infermieror për HBV	75
Grafiku. 10. Titri i anti-HBs në serum.....	75
Grafiku. 11. Histogrami i pikëve të njohurive, zbatimit dhe vetëefikasitetit	87
Grafiku. 12. Klasifikimi i nivelit të njohurive, zbatimit dhe vetë-efikasitetit	89
Grafiku. 13. Korrelacioni midis njohurive dhe vetëefikasitetit me sesionin e zbatimit ...	92
Grafiku. 14. Box plot i krahasimit të njohurive sipas gjinisë së subjekteve në studim.....	94
Grafiku. 15. Box plot i krahasimit të pikëve të njohurive sipas repartit të punës	95
Grafiku. 16. Box plot i krahasimit të pikëve të njohurive sipas turneve të punës	95
Grafiku. 17. Box plot i krahasimit të nivelit të zbatimit sipas gjinisë	97
Grafiku. 18. Box plot i krahasimit të nivelit të zbatimit sipas repartit të punës.....	97
Grafiku. 19. Box plot i krahasimit të nivelit të zbatimit sipas eksperiencës në punë.....	98
Grafiku. 20. Box plot i krahasimit të nivelit të zbatimit sipas turneve të punës.....	98
Grafiku. 21. Box plot i krahasimit të nivelit të vetë-efikasitetit sipas gjinisë	100
Grafiku. 22. Box plot i krahasimit të nivelit të vetë-efikasitetit sipas repartit të punës .	101
Grafiku. 23. Box plot i krahasimit të vetë-efikasitetit sipas eksperiencës në punë	101
Grafiku. 24. Box plot i krahasimit të nivelit të vetë-efikasitetit sipas turneve të punës.	102
Grafiku. 25. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë	108
Grafiku. 26. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas grupmoshës.....	108
Grafiku. 27. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas nivelit arsimor	109
Grafiku. 28. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas repartit të punës	109
Grafiku. 29. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas pozicionit të punës.....	110

Grafiku. 30. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas eksperiencës në punë	110
Grafiku. 31. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas orarit të punës	111
Grafiku. 32. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas turneve të punës.....	111
Grafiku. 33. Shpërndarja e ekspozimeve spitalore	112
Grafiku. 34. Ekspozimi i stafit infermieror ndaj faktorëve fizik	113
Grafiku. 35. Ekspozimi i stafit infermieror ndaj faktorëve ergonomik	113
Grafiku. 36. Llojet e dëmtimeve pas ekspozimit ndaj rrezikut ergonomik	114
Grafiku. 37. Llojet e dëmtimeve pas ekspozimit ndaj rrezikut kimik	115
Grafiku. 38. Llojet e dëmtimeve pas ekspozimit ndaj rrezikut psiko-social	115
Grafiku. 39. Ekspozimi i stafit infermieror ndaj faktorëve biologjik	116
Grafiku. 40. Llojet e dëmtimeve pas ekspozimit ndaj rrezikut biologjik	116
Grafiku. 41. Frekuenca e aksidenteve biologjike	117
Grafiku. 42. Llojet e likideve të kontaktit	117
Grafiku. 43. Masat mbrojtëse pas ekspozimit biologjik.....	118
Grafiku. 44. Sëmundjet profesionale	118

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Hierarkia e kontrollit	31
---	----

Shkurtime

HBV – Virusi i Hepatitit B

HCV – Virusi i Hepatitit C

HIV – Virusi i imunodeficiencës humane

TAR – Terapia antiretrovirale

ARV – Antiretroviral

PEP – Profilaksia pas ekspozimit

OBSH – Organizata Botërore e Shëndetësisë

TB / TBC – Tuberkuloz

PPE – Pajisje personale mbrojtëse

CDC – Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve

OPIM – Materiale të tjera potencialisht infektive

OSHA – Administrata e Sigurisë dhe Shëndetit në Punë

EPA – Agjencia për Mbrojtjen e Mjedisit

SSHHP – Siguria dhe Shëndeti në Punë

NIOSH – Instituti Kombëtar për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë

WHO/OBSH – Organizata Botërore e Shëndetësisë

MRSA – Staphylococcus aureus rezistent ndaj meticilinës

MERS – Sindroma e frymëmarrjes në Lindjen e Mesme

VRE – Enterococcus rezistent ndaj vankomicinës

SARS – Sindroma e rëndë akute e frymëmarrjes

EU-OSHA – Agjencia Evropiane për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë

ILO – Organizata Ndërkombëtare e Punës

COVID-19 – Sëmundja e koronavirusit 2019

MSH – Ministria e Shëndetësisë

ISHP – Instituti i Shëndetit Publik

ISHPSHSH – Inspektorati Shtetëror i Punës dhe Shërbimeve Shoqërore

MPS – Masat Paraprake Standarde

KAPITULLI 1

HYRJE

1.1 Hyrje

Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH), një aksident në punë përkufizohet si një "ngjarje e papritur që rezulton në lëndime personale, dëmtime të makinerive, veglave dhe pajisjeve, si dhe ndalon aktivitetin e punonjësit të dëmtuar" (WHO, 1987). Organizata Ndërkombëtare e Punës (ILO) shprehet se "Aksidenti në punë është një ngjarje e papritur që çon në një dëm ose lëndim të caktuar" (ILO, 1998). Në vendin tonë, sipas Ligjit Nr. 10 237 datë 18.2.2010 "Për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë", aksidenti në punë që vjen si rezultat i ekspozimit ndaj rreziqeve gjatë veprimtarisë në punë dhe përkufizohet si; "çdo ngjarje e papritur, që shkakton dëmtimin e menjëhershëm trupor, që ndodh gjatë kryerjes së punës apo të një shërbimi lidhur me të, si dhe çdo dëmtim tjetër i shëndetit, që nuk rrjedh nga sëmundje e përgjithshme, por që sjell paaftësi të përkohshme ose të përhershme në punë ose vdekje. Ndërsa rrezik konsiderohen të gjitha "karakteristikat e një mjeti, të një makinerie, një produkti, një materiali, një metode pune, një mjedisi apo të një mënyre organizimi pune, që paraqesin mundësinë që punëmarrësit t'i shkaktohet një plagë, sëmundje ose problem shëndetësor i menjëhershëm apo i mëvonshëm" (Kuvendi i Republikës së Shqipërisë, 2010).

Një vlerësim i bërë nga OBSH-ja ka treguar se çdo vit në botë humbasin rreth 24 milion vite jetë të shëndetshme dhe 850,000 vdekje ndodhin për shkak të rreziqeve profesionale (Orme et al., 2015; Fingerhut et al., 2005). Sipas raportimit të ILO-së, rreth 6,400 njerëz çdo ditë vdesin nga aksidentet apo sëmundjet në punë dhe 860.000 njerëz pësojnë lëndime në punë (ILO, 2015).

Punonjësit e kujdesit shëndetësor janë individët të cilët kanë si qëllim kryesor përmirësimin e rezultateve shëndetësore individuale dhe të popullatës, duke punuar në mjedise të ndryshme si spitale, klinika dhe shërbime shëndetësore në komunitet (WHO, 1995; Rebman, 2009). Profesionistët e kujdesit shëndetësor si mjekët, infermierët, dentistët, farmacistët, teknikët e laboratorit konsiderohen themeli për zhvillimin e qëndrueshëm social dhe ekonomik të një sistemi shëndetësor lokal dhe global. Në mjediset e kujdesit shëndetësor, të cilat konsiderohen komplekse dhe paraqesin sfida të shumta për sigurinë

(WHO, 2024), profesionistët e shëndetit janë të ekspozuar ndaj një sërë faktorësh rreziku si biologjikë, kimikë, fizikë dhe psikosocial, gjatë kryerjes së aktiviteteve të përditshme profesionale (ILO, 2014). Për më tepër, sektori i kujdesit shëndetësor paraqet një normë më të lartë rreziku lidhur me sëmundjet profesionale, duke tejkaluar normën mesatare të të gjithë sektorëve të tjerë (Nankongnab, 2021).

OBSH-ja ka ndërmarrë nisma të ndryshme që synonin të forconin sistemet shëndetësore duke siguruar që vende të ndryshme të kishin personel të mjaftueshëm, kompetent dhe të sigurt për të përmbushur kërkesat në rritje të kujdesit shëndetësor (WHO, 2006; Mendes & Marziale, 2006). Qasja më e mirë për reduktimin e rreziqeve është që t'i jepet përparësi sigurisë duke respektuar rregulloren e shëndetit dhe sigurisë në punë. Për të parandaluar sëmundjet profesionale, është e rëndësishme që të sigurohet informacion i saktë mbi përhapjen e tyre dhe të ruhen të dhëna mbi incidencën e këtyre aksidenteve. Sipas një sondazhi të realizuar nga OBSH vetëm 68.5% e vendeve në mbarë botën kanë një regjistrë kombëtar për sëmundjet dhe aksidentet profesionale (WHO, 2021; WHO, 2013). Kushtet e pasigurta të punës që rezultojnë në sëmundje profesionale, lëndime dhe mungesë në punë përbëjnë edhe një kosto të konsiderueshme financiare për sektorin e shëndetësisë. Shembulli më i fundit është pandemia e COVID-19, e cila preku dukshëm shëndetin e punonjësve të kujdesit shëndetësor si dhe tregoi rëndësinë e garantimit të sigurisë së tyre. Për të përballuar këto sfida, masat paraprake standarde janë thelbësore për mbrojtjen e stafit mjekësor si dhe për parandalimin e infeksioneve spitalore. Niveli i njohurive dhe qëndrimeve të stafit mjekësor ndikon në mënyrën se si ata i zbatojnë masat paraprake standarde, duke përmirësuar efektivitetin e tyre dhe duke reduktuar ekspozimin ndaj rreziqeve biologjike. Trajnimet e vazhdueshme dhe edukimet praktike forcojnë kapacitetet e infermierëve, duke favorizuar krijimin e një kulturë sigurie në mjedisin e punës (Wubneh et al., 2024).

1.2 Paraqitja e problemit

Punonjësit e kujdesit shëndetësor janë të ekspozuar ndaj një game të gjerë rreziqesh profesionale, duke përfshirë infeksionet, dhimbjet kronike, dhunën dhe çrregullimet psikologjike. Në nivel global 63% e punonjësve shëndetësorë, raportojnë se kanë përjetuar çdo formë dhune në vendin e punës. Gjatë pandemisë së COVID-19, 23% e punonjësve të

kujdesit shëndetësor në mbarë botën përjetuan depresion dhe ankth dhe 39% vuanin nga pagjumësia (WHO, 2023). OBSH-ja ka raportuar se në mbarë botën, afërsisht 3 në 35 (3 milion/35 milion) punonjës të kujdesit shëndetësor, përjetojnë çdo vit ekspozim perkutan ndaj patogjenëve të gjakut, dhe nga këta punonjës, dy milionë individë janë ekspozuar ndaj HBV, 900,000 ndaj HCV, dhe 170,000 ndaj HIV, duke pasur potencialin të shkaktojnë afërsisht 70,000 infeksione HBV, 15,000 HCV dhe 500 infeksione HIV (WHO, 2002). Afërsisht rreth 54% e punonjësve shëndetësorë në vendet me të ardhura të ulëta dhe të mesme janë prekur nga tuberkulozi latent, që është 25 herë më i lartë se në popullsinë e përgjithshme (WHO, 2023).

Infermierët të cilët përbëjnë një pjesë të konsiderueshme të fuqisë punëtore shëndetësore, rreth 29 milionë në mbarë botën (WHO, 2023), jo vetëm që luajnë rol kryesor në ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe ruajtjen e sistemeve shëndetësore në nivel global, por edhe janë të ekspozuar ndaj shumë rreziqeve spitalore (Haddad, Annamaraju, & Toney-Butler, 2023). Infermierët kanë më shumë gjasa të ekspozohen ndaj patogjenëve që transmetohen nëpërmjet gjakut për shkak të kontaktit të tyre më të shpeshtë dhe më të ngushtë me pacientët sesa profesionistët e tjerë të shëndetësisë (Zhang et al., 2022). Këto rreziqe përfshijnë lëndime aksidentale me gjilpërë ose instrumente të tjera prerëse të cilat rrisin rrezikun për infeksione të shkaktuara nga bakteret, viruset si HBV, HCV, HIV, të cilat mund të transmetohen përmes kontaktit me pacientë të infektuar ose objekte të kontaminuara, sekrecione, inde ose lëngje trupore (Denge & Rakhudu. 2022).

Në botë janë kryer mjaft studime të cilat ofrojnë një panoramë të qartë lidhur me nivelin e ekspozimit të stafit infermieror si dhe rëndësinë e pëdorimit të masave mbrojtëse, si dhe ekzistojnë protokolle dhe udhëzues të dobishëm për punonjësit lidhur me menaxhimin e rreziqeve spitalore. Ndërsa, në Shqipëri, i vetmi protokoll ekzistues është i fokusuar kryesisht në parandalimin e infeksioneve spitalore, duke shfaqur mangësi të dukshme në adresimin e spektrit më të gjerë të rreziqeve spitalore (MSH & ISHP 2012). Për më tepër, Inspektoriati Shtetëror të Punës dhe Shërbimeve Shoqërore (ISHPSHSH) në Shqipëri, i mungojnë të dhëna specifike të publikuara lidhur me incidencën dhe prevalencën e aksidenteve në punonjësit e kujdesit shëndetësor. Kjo mungesë e të dhënave të detajuara pengon në kuptimin e rreziqeve me të cilat përballen profesionistët e kujdesit shëndetësor dhe kufizon zhvillimin e ndërhyrjeve të synuara për të përmirësuar sigurinë e tyre.

Sipas literaturës, në Shqipëri, ka mungesë të studimeve mbi vlerësimin e rreziqeve spitalore në stafin mjekësor. Në të vërtetë, studimet ekzistuese janë të fokusuara më shumë në vlerësimin e rreziqeve nga fatkeqësitë natyrore dhe jo në rreziqet specifike spitalore. Studimi i Berdufi (2023) trajton ekspozimin ndaj rrezatimit në punë për punonjësit e rrezatimit dentar dhe punonjësit e radiologjisë diagnostikuese në Shqipëri. Studimi i Selfo (2021) është fokusuar në menaxhimin e mbetjeve spitalore në qytetin e Vlorës si dhe në ndikimin e rreziqeve profesionale në shëndetin e infermierëve. Pavarësisht nga rëndësia kritike e parandalimit dhe kontrollit të infeksioneve në mjediset e kujdesit shëndetësor, rëndësinë e zbatimit të masave paraprake standarde si dhe vlerësimin e njohurive të infermierëve në lidhje me këto masa thelbësore të sigurisë, ka një boshllëk të madh të kërkimit shkencor të aplikuar në Shqipëri lidhur me identifikimin dhe vlerësimin e rreziqeve biologjike me të cilat përballet stafi mjekësor.

Kjo mungesë e studimeve gjithëpërfshirëse pengon zhvillimin e strategjive të bazuara në prova të cilat janë thelbësore për përmirësimin e sigurisë së pacientëve dhe të punonjësve të kujdesit shëndetësor. Në këtë kontekst, politikat kombëtare të promocionit shëndetësor paraqesin një kuadër të rëndësishëm, por ende të paplotësuar në aspektin e mbrojtjes së punonjësve shëndetësor nga rreziqet profesionale. Në Shqipëri, ekzistojnë "Plani i veprimit për promocionin shëndetësor 2017-2021" si dhe "Plani i ri 2022-2030", të cilët theksojnë rëndësinë e zhvillimit të politikave publike të shëndetshme dhe krijimin e mjediseve mbështetëse për shëndetin publik, pa përfshirë në mënyrë të drejtpërdrejtë strategji të dedikuara për sigurinë e stafit mjekësor.

Qëllimi dhe objektivat e studimit

Qëllimi

Ky hulumtim ka si qëllim vlerësimin e nivelit të ekspozimit ndaj rreziqeve spitalore dhe të shkallës së zbatimit të masave paraprake standarde nga stafi infermieror i Spitalit Rajonal "Xhaferr Kongoli", Elbasan

Objektivat

Identifikimi i frekuencës së aksidenteve, faktorëve të rrezikut dhe sëmundjeve të diagnostikuara gjatë ekspozimit profesional tek stafi infermieror si dhe vlerësimi i nivelit të njohurive, zbatimit të masave paraprake standarde dhe shkallës së përgjithshme të vetë-

efikasitetit të personelit infermieror në përballimin e sfidave dhe situatave të vështira gjatë ushtrimit të profesionit.

Hipotezat e studimit

1. Aksidentet biologjike janë më të shpeshta në stafin infermieror që ka më pak eksperiencë pune (1-5 vite) krahasuar me ata që kanë eksperiencë më të gjatë.
2. Infermierët që punojnë në repartin e reanimacionit, kanë një frekuencë më të lartë të aksidenteve biologjike krahasuar me ata që punojnë në reparte të tjera.
3. Një nivel i lartë i njohurive mbi serologjinë e pacientit shoqërohet me një shkallë më të lartë të raportimit të aksidenteve biologjike.
4. Infermierët me nivel të lartë të njohurive dhe me eksperiencë të gjatë në punë kanë një zbatim më të mirë të masave paraprake standarde (MPS).
5. Niveli i lartë i vetë-efikasitetit në stafin infermieror është i lidhur ngushtë me zbatimin më të mirë të MPS gjatë praktikave infermierore.

Rëndësia e studimit

Infermierët përbëjnë një pjesë të konsiderueshme të fuqisë punëtore shëndetësore, rreth 29 milionë infermierë në mbarë botën. Ky numër thekson rolin kritik që luajnë infermierët në ofrimin e shërbimeve të kujdesit shëndetësor dhe ruajtjen e sistemeve shëndetësore në nivel global (WHO, 2023; Haddad, Annamaraju, & Toney-Butler, 2023). Ky studim fokusohet në vlerësimin e rreziqeve spitalore dhe masave të sigurisë në stafin infermieror, një aspekt thelbësor për ruajtjen e shëndetit dhe mirëqenies së profesionistëve të kujdesit shëndetësor. Në kontekstin e sistemit shëndetësor shqiptar, menaxhimi i rreziqeve profesionale përballat me sfida të shumta, përfshirë mungesën e protokolleve të qarta dhe të standardizuara për identifikimin dhe trajtimin e rreziqeve. Kjo analizë ka evidentuar mungesën e studimeve të thelluara mbi këtë problematikë në literaturën akademike të vendin tonë, duke treguar se hulumtimet ekzistuese janë të fokusura më shumë në aspektet klinike sesa në masat e sigurisë dhe menaxhimin e rreziqeve spitalore. Për më tepër, dinamika e jetës së përditshme në mjediset spitalore ka shërbyer si një katalizator për zgjedhjen e kësaj teme studimi, me qëllimin e ndërgjegjësimit mbi rëndësinë e një ambienti të sigurt pune.

Ky studim ka një vlerë të konsiderueshme në fushën e kërkimit shkencor. Origjinaliteti i tij qëndron në trajtimin e një teme brenda një institucioni shëndetësor ku, deri më sot, nuk është kryer asnjë hulumtim i ngjashëm i dokumentuar. Kjo e bën atë një kontribut të ri në

kuptimin e rreziqeve profesionale si dhe në paraqitjen e rëndësisë për respektimin e masave paraprake standarde në stafin infermieror. Ky hulumtim do të kontribuojë në zhvillimin e politikave dhe praktikave më efektive për menaxhimin e rreziqeve, duke promovuar një kulturë sigurie që mbështet shëndetin dhe mirëqenien e stafit infermieror.

1.3 Struktura e punimit

Ky punim është i përbërë nga 6 kapituj.

Në kapitullin e parë prezantohet fusha e studimit, duke theksuar rëndësinë e vlerësimit të rreziqeve spitalore dhe masave të sigurisë në stafin infermieror. Paraqitet qartë problemi kryesor i kërkimit, ku evidentohet mungesa e studimeve të aplikuara në Shqipëri, krahasuar me literaturën ndërkombëtare duke treguar një vëmendje të shtuar ndaj mbrojtjes së stafit shëndetësor nga rreziqet profesionale.

Në kapitullin e dytë trajtohet rëndësia e shëndetit në punë, rreziqet profesionale (biologjike, kimike, fizike, ergonomike dhe psikosociale) dhe menaxhimi i tyre në ambientet spitalore. Diskutohet hierarkia e kontrollit, raportimi i aksidenteve, plani i menaxhimit të incidenteve, legjislacioni kombëtar dhe rëndësia e trajnimeve dhe imunizimit të stafit mjekësor. Gjithashtu theksohet koncepti i vetë-efikasitetit dhe ndikimi i tij në ndërhyrjet infermierore

Në kapitullin e tretë përshkruhen qëllimi dhe objektivat e studimit, hipotezat e ngritura, fusha dhe periudha kohore e kërkimit. Shpjegohet kampionimi, procedura e mbledhjes së të dhënave nëpërmjet instrumenteve të përdorura, analiza statistikore dhe kriteret përfshirëse dhe përjashtuese.

Në kapitullin e katërt paraqiten të dhënat e mbledhura në dy faza të ndryshme të studimit, të analizuar dhe të interpretuara në mënyrë të detajuar.

Në kapitullin e pestë janë analizuar rezultatet e studimit si dhe është bërë krahasimi me literaturën ekzistuese. Diskutohet rëndësia e gjetjeve dhe ndikimi i tyre në praktikën infermierore si dhe politikat e sigurisë në punë.

Në kapitullin e gjashtë janë përmbledhur përfundimet kryesore të studimit, janë paraqitur rekomandimet praktike për përmirësimin e sigurisë së stafit infermieror në ambientet spitalore, si dhe janë evidentuar pikat e forta dhe limitet kryesore të studimit.

KAPITULLI 2

SFONDI TEORIK DHE RISHIKIMI I LITERATURËS

2.1 Përkufizimi i koncepteve

Sipas Ligjit Nr. 10 237, datë 18.2.2010 "Për sigurinë dhe shëndetin në punë" (Kuvendi i Republikës së Shqipërisë, 2010) dhe Rregullores "Për administrimin e mbetjeve spitalore" (Këshilli i Ministrave, 2010) janë shpjeguar konceptet e mëposhtme:

Aksident në punë ose për shkak të punës - është çdo ngjarje e papritur, që shkakton dëmtimin e menjëhershëm trupor, që ndodh gjatë kryerjes së punës apo të një shërbimi lidhur me të, si dhe çdo dëmtim tjetër i shëndetit, që nuk rrjedh nga sëmundje e përgjithshme, por që sjell paaftësi të përkohshme ose të përhershme në punë ose vdekje.

Ngjarje - është aksidenti, që çon në vdekjen ose dëmtimet e trupit të njeriut, që shkaktohet gjatë procesit të punës ose gjatë realizimit të detyrave të punës, si dhe rastet e dyshuara si sëmundje profesionale.

Pajisje mbrojtëse individuale PMI/PPE - është çdo pajisje e përdorur nga punëmarrësi për të mbrojtur veten kundrejt një ose më shumë rreziqesh.

Parandalim - është tërësia e masave të marra ose të parashikuara në të gjitha fazat e ushtrimit të veprimtarisë në ndërmarrje, për parandalimin ose zvogëlimin e rreziqeve profesionale.

Sëmundje profesionale - është çdo sëmundje e shkaktuar si rezultat i ekspozimit ndaj rreziqeve, që rrjedhin nga veprimtaria e punës.

Siguria dhe shëndeti në punë - janë masat e marra, që kanë si synim përmirësimin e kushteve gjatë procesit të punës, ruajtjen e jetës, integritetin e shëndetit, mbrojtjen fizike dhe psikike të punëmarrësve të tjerë, që marrin pjesë në procesin e prodhimit.

Shëndet në punë – është jo vetëm mungesa e sëmundjes ose dobësisë, por përfshin, gjithashtu, elementet fizike dhe mendore, që ndikojnë në shëndet e që kanë të bëjnë drejtpërdrejt me sigurinë dhe higjienën në punë.

Rrezik - janë të gjitha karakteristikat e një mjeti, të një makinerie, një produkti, një materiali, një metode pune, një mjedisi apo të një mënyre organizimi pune, që paraqesin mundësinë që punëmarrësit t'i shkaktohet një plagë, sëmundje ose problem shëndetësor i

menjëhershëm apo i mëvonshëm, që vjen si rezultat i ekspozimit ndaj tyre gjatë veprimtarisë në punë.

Mbetje spitalore - janë mbetjet e krijuara nga prodhuesit e mbetjeve, ku përfshihen: mbetjet e rrezikshme dhe jo të rrezikshme.

2.2 Rëndësia e shëndetit në punë

Sistemet shëndetësore janë thelbësore për mbrojtjen, ruajtjen dhe përmirësimin e shëndetit të individëve dhe popullatave, duke siguruar akses në kujdesin dhe shërbimet mjekësore (WHO, 2025). Profesionistët e kujdesit shëndetësor luajnë rol kryesor në ofrimin e një kujdesi shëndetësor cilësor dhe të qëndrueshëm. Në mbarë botën, profesionistët e kujdesit shëndetësor janë në vijën e parë të luftës së vazhdueshme për të parandaluar sëmundjet dhe për të shpëtuar jetë, shpesh duke vënë në rrezik shëndetin dhe jetën e tyre (WHO, 2016). Përveç rrezikimit të sigurisë së pacientit, cilësisë së kujdesit të ofruar dhe qëndrueshmërisë së përgjithshme të sistemeve shëndetësore, kushtet e pasigurta të punës rrisin rrezikun e sëmundjeve dhe lëndimeve profesionale midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor. Komiteti i Përbashkët ILO/OBSH për “Shëndetin në Punë”, i krijuar në vitin 1950, theksoi rëndësinë e parandalimit të dëmtimeve nga kushtet e punës, mbrojtjes nga faktorët e rrezikut dhe krijimit të një mjedisi të përshtatshëm, duke theksuar se shëndeti në punë duhet të fokusohet në promovimin dhe ruajtjen e nivelit më të lartë të mirëqenies fizike, mendore dhe sociale për të gjithë punonjësit e kujdesit shëndetësor (Executive Board, 1951). Mungesa e sigurisë në punë dhe stresi, kontribuojnë në mënyrë të drejtëpërdrejtë në uljen e performancës së punonjësve të shëndetësisë, duke përkeqësuar më tej mungesën kritike të personelit shëndetësor në ambjentet spitalore dhe rritur kostot financiare (Hall et al., 2016).

2.3 Rreziqet profesionale në sektorin e kujdesit shëndetësor

Punonjësit e kujdesit shëndetësor janë të ekspozuar ndaj një sërë rreziqesh profesionale të cilat prekin mirëqenien e tyre fizike, mendore dhe sociale. Këto rreziqe mund të shkaktojnë sëmundje dhe lëndime profesionale, duke ndikuar kështu negativisht në cilësinë e kujdesit të ofruar ndaj pacientit si dhe në funksionimin e përgjithshëm të sistemeve shëndetësore (WHO, 2022). Administrata e Sigurisë dhe Shëndetit në Punë (OSHA, 2016) përshkruan

pesë kategori të rreziqeve në punë: rreziqet e sigurisë fizike, rreziqet kimike, rreziqet biologjike, rreziqet psiko-sociale dhe faktorët e rrezikut ergonomik. OBSH-ja paraqet një kategorizim të ngjashëm të rreziqeve profesionale në bazë të natyrës dhe ndikimit të tyre tek punonjësit shëndetësorë si: infeksionet, ekspozimi ndaj kimikateve të rrezikshme, rrezatimit, nxehtësisë, zhurmës, ekspozimi ndaj rreziqeve psikosociale, dhunës në vendin e punës, pamjaftueshmëria e ujit të sigurt dhe higjienës. Tabela 1 e përshtatur nga NIOSH (2009) dhe ILO (2014) paraqet një përmbledhje të rreziqeve të organizuara sipas kategorisë, duke përfshirë shembuj të rrezikut fizik, kimik, biologjik, mekanik dhe psikosocial si dhe efektet e shkaktuara në shëndetin e individëve të ekspozuar (WHO, 2022).

Tabela 1. Rreziqet profesionale në sektorin e kujdesit shëndetësor

Kategoria e rreziqeve	Agjentët shkaktar	Efektet shëndetësore
Rrezik fizik Agjentët ose format fizike të energjisë	Rrezatimi, lazerat, zhurma, temperaturat ekstreme, energjia elektrike	Djegje termike ose kimike, humbje të dëgjimit, kancer, trauma fizike dhe psikologjike
Rrezik kimik Substancat kimike që janë potencialisht toksike, duke përfshirë ilaçet, solucionet dhe gazrat	Dezinfektues, produkte pastrimi dhe sterilizimi si oksidi i etilenit, formaldehidi dhe glutaraldehidi; droga, gazra të mbeturinave anesteziqe; barna të rrezikshme antikancerogjene	Irritimi i syve dhe lëkurës, astmë, alergji, dermatit, kancer, abort spontan dhe efekte të tjera në sistemin riprodhues.
Rrezik biologjik Agjentët infektivë, të tillë si bakteret, viruset, kërpudhat ose parazitët, të cilët mund të transmetohen nga kontaktet me gjakun, sekrecionet/lëngjet e kontaminuara të trupit, lëndimet nga gjilpërat ose nëpërmjet përhapjes së ajrit	HIV, hepatiti B dhe C, gripi, VRE, MRSA; SARS dhe MERS	HIV dhe AIDS, TB, hepatiti, kanceri i mëlçisë dhe sëmundje të tjera
Rrezik ergonomik Faktorët në mjedisin e punës që shkaktojnë dëmtime muskuloskeletike. Qëndrimet e gabuara, ngritja e peshës së tepërt dhe faktorë të tjerë që shkaktojnë kontakturat muskulo-skeletike.	Ngritja dhe lëvizja e pacientëve, rrëshqitja dhe rreziqet e rënies	Çrregullime muskulo-skeletike, lëndime të shpinës dhe ekstremiteteve të sipërme, dëmtime të përsëritura dhe kontraktura muskulare.
Rrezik psiko-social Klima stresuese në punë, kërcënime për dhunë fizike, puna me turne.	Staf i pasigurt, kërcënime në vendin e punës, bullizimi, dhunë fizike	Lëndim fizik, stres psikologjik

2.4 Rreziqet biologjike

Rreziqet biologjike i referohen ekspozimit ndaj mikro-organizmave patogjenë (bakteret, viruset, kërpudhat, endoparazitët si paraziti i malaries, ameba, dhe tripanosomet) të cilët kanë aftësi për të shkaktuar sëmundje, kur transmetimi i tyre ndodh nëpërmjet mënyrave të ndryshme të ekspozimit (NIOSH, 2012). Transmetimi i mikroorganizmave mund të rezultojë nga një transport kalimtar, në një kolonizim afatgjatë, në një infeksion asimptomatik ose në një sëmundje klinike. Vendosja e infeksionit përfshin një grup ndërldhësh komplekse midis burimit të agjentit infektiv (mikroorganizmit), marrësit të prekshëm dhe mjedisit, si dhe transmetimit të mikroorganizmave nga burimi në një marrës të ndjeshëm. Një kornizë e qartë e të kuptuarit të kësaj marrëdhënie komplekse është zinxhiri i infeksionit, i cili paraqitet me gjashtë hallka: agjentët infektiv, rezervuari (burimi), porta e daljes, mënyra e transmetimi, porta e hyrjes dhe bartësi i ndjeshëm. Prishja e lidhjeve midis zinxhirit të infeksionit do të parandalonte shfaqjen e infeksionit (EU-OSHA, 2019).

Direktiva 2000/54/KE e Parlamentit dhe e Këshillit Evropian e cila ka si qëllim mbrojtjen e punonjësve nga rreziqet e shkaktuara ndaj agjentëve biologjikë në ambjentin e punës, i përkufizon agjentët biologjikë si mikroorganizmat, përfshirë ato që janë modifikuar gjenetikisht, kulturat qelizore dhe endoparazitët e njeriut, që mund të shkaktojnë infeksione, alergji ose toksicitet.

Në kuadër të kësaj direktive, agjentët biologjikë janë klasifikuar në katër grupe rreziku, bazuar në nivelin e rrezikut të infektimit që ato paraqesin:

Grupi 1: Agjenti biologjik që nuk ka gjasa të shkaktojë sëmundje tek njerëzit.

Grupi 2: Agjenti biologjik që mund të shkaktojë sëmundje njerëzore dhe mund të jetë i rrezikshëm për punëtorët, por nuk ka gjasa që të përhapet në komunitet dhe zakonisht ekziston një trajtim profilaktik efektiv në dispozicion.

Grupi 3: Agjenti biologjik që shkakton sëmundje të rënda njerëzore dhe paraqet një sëmundje serioze dhe rrezikuese për punëtorët, mund të paraqesë rrezik për t'u përhapur në komunitet, por zakonisht disponohet një trajtim profilaktik efektiv.

Grupi 4: Agjenti biologjik që shkakton sëmundje të rënda njerëzore dhe është një rrezik serioz për punëtorët. Ai mund të paraqesë një rrezik të lartë për t'u përhapur në komunitet dhe nuk ka në dispozicion një profilaksi ose trajtim efektiv (EU-OSHA, 2019).

2.4.1 Mënyrat e transmetimit të infeksioneve në mjediset spitalore

Burimet e zakonshme të ekspozimit ndaj rreziqeve biologjike në mjediset shëndetësore përfshijnë:

1. Kontakti me gjakun dhe lëngjet trupore

Patogjenët mund të transmetohen përmes kontaktit të drejtpërdrejtë me gjakun e infektuar ose lëngjet trupore, të cilat mund të ndodhin gjatë procedurave ose aksidenteve të ndryshme në mjediset spitalore. Rreziku kryesor i ekspozimit ndaj patogjenëve në ambientet e kujdesit shëndetësor, veçanërisht ndaj viruseve të hepatitit B, C, D, si dhe virusit të imunodeficiencës humane (HIV), është i lidhur me lëndime të mprehta perkutane që ndodhin përmes gjilpërave ose objekteve të tjera të mprehta të kontaminuara (Denault & Gardner, 2023). Qendrat për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve (CDC) raportojnë se çdo vit ndodhin 385,000 lëndime me gjilpëra dhe mjete të tjera të mprehta në personelin shëndetësor dhe mesatarisht 1000 lëndime me mjete të mprehta në ditë (CDC, 2008).

Ekspozime të tjera të mundshme përfshijnë kontaktin aksidental me gjak ose lëngje të tjera trupore nëpërmjet lëkurës ose mukozave të dëmtuara të punonjësve të kujdesit shëndetësorë. Rreziku i transmetimit të viruseve nëpërmjet këtij kontakti është vlerësuar që të jetë: 33.3% për virusin e hepatitit B (1 në 3), 3.3% për virusin e hepatitit C (1 në 30), dhe 0.31% për HIV (1 në 319) (EU-OSHA, 2019).

Hepatiti B është një infeksion viral i aftë të shkaktojë sëmundje akute dhe kronike. Një virus hepatotropik që transmetohet nëpërmjet gjakut ose spermës nga individët e infektuar tek ata që kanë imunitet të kompromentuar. HBV është një problem shëndetësor global dhe një rrezik i përcaktuar profesional për punonjësit e kujdesit shëndetësor. Incidenca e HBV në popullatë është në rritje të vazhdueshme dhe prevalenca e infeksionit në punonjësit e kujdesit shëndetësor është më e madhe se në popullatën e përgjithshme (U.S. Public Health Service, 2001). HBV është shumë infektiv dhe transmetohet në mënyrë efikase nëpërmjet ekspozimit perkutan ose ekspozimit të mukozës ndaj gjakut ose lëngjeve trupore. Rreziku i infeksionit perkutan varion nga 6 në 30%, në varësi të serologjisë së burimit. Imunizimi

i gjerë i personelit shëndetësor dhe ndjekja e masave paraprake standarde kanë çuar në rënien e numrit të infeksioneve HBV në më shumë se 95%, krahasuar me vitet 80-90 (Nikolopoulou et al., 2023).

Hepatiti C përhapet përmes kontaktit me gjakun e infektuar. Kjo mund të ndodhë nëpërmjet përdorimit të gjilpërave ose shiringave të përbashkëta, ose nga kryerja e procedurave të pasigurta mjekësore si transfuzionet e gjakut me produkte gjaku të pa kontrolluara (CDC, 2023). Nuk ekziston akoma një vaksinë për hepatitin C, por mund të trajtohet me medikamente antivirale. Zbulimi dhe trajtimi i hershëm mund të parandalojë dëmtimet serioze të mëlçisë dhe të përmirësojë shëndetin afatgjatë (Odenwald & Paul, 2022). Pevalenca e HCV në mesin e punonjësve të kujdesit shëndetësor nuk e kalon atë të popullatës së përgjithshme, megjithatë ekziston një rrezik në rritje i ekspozimit në mjedisin e kujdesit shëndetësor (Alter, 2011; Stroffolini & Stroffolini, 2024).

HIV transmetohet nëpërmjet kontaktit me gjakun dhe lëngjet trupore të pacientëve HIV pozitiv dhe është konsideruar një rrezik i madh për punonjësit e kujdesit shëndetësor për shkak të ekspozimit profesional. Të dhënat e fundit tregojnë se afërsisht 45% e punonjësve të kujdesit shëndetësor kanë raportuar se kanë përjetuar ekspozime profesionale ndaj HIV-it, ku 33% e këtyre incidenteve kanë si shkak kontaktin me lëngjet potencialisht të infektuara dhe 32% kanë ndodhur si rezultat i lëndimeve nga gjilpëra (Akpah et al., 2020). Faktorët që kontribuojnë në këto ekspozime përfshijnë: përdorimin e pamjaftueshëm të pajisjeve personale mbrojtëse (PPE), mungesën e trajnimeve mbi praktikën e kontrollit të infeksionit si dhe ngarkesat e larta të punës që mund të çojnë në pakujdesi gjatë procedurave mjekësore (Akpah et al., 2020; Kabotho & Chivese, 2020).

2. Rruga fekalo-orale: Kjo rrugë përfshin transmetimin e patogjenëve nga materialet fekale në gojë, shpesh përmes duarve, sipërfaqeve ose ushqimeve të kontaminuara. Disa nga infeksionet që transmetohen janë: *virusi i hepatitit A*, *stafilokokët*, *shigela*, *ameba*. Repartet të cilat paraqesin një rrezikshmeri të lartë ekspozimi janë: reparti i sëmundjeve infektive, reparti i kirurgjisë, reparti i kujdesit intensiv si dhe reparti i kujdesit geriatrik. Në mjediset e kujdesit shëndetësor, praktikën strikte të higjienës janë thelbësore për të parandaluar këtë lloj transmetimi (European Commission, 2011).

3. Transmetimi i kontaktit: Kjo mënyrë e transmetimit ndodh kur agentët infektues transferohen drejtpërdrejt nga një person në tjetrin përmes kontaktit fizik ose në mënyrë

indirekte përmes sipërfaqeve ose objekteve të kontaminuara. *Virusi Ebola* është një rrezik shumë serioz biologjik i transmetuar nga kontakti direkt ose indirekt me lëngjet organike të pacientëve të infektuar (Nicastri et al., 2019). Mundësitë për transmetimin e kontaktit të drejtpërdrejtë midis pacientëve dhe personelit të kujdesit shëndetësor përfshijnë: gjakun ose lëngje të tjera trupore që hyjnë drejtpërdrejt në trupin e personelit nëpërmjet kontaktit me një membranë mukoze ose dëmtim (përfshirë prerje, gërvishje) në lëkurë (Hollingshead et al., 2025). Në rastet e kontaktit të një punonjësi të kujdesit shëndetësor me një pacient të infektuar me HSV (Virusi Herpes Simplex), arrin të shfaqë infeksion në gisht pasi ofron kujdes oral për një pacient pa përdorur masa mbrojtëse (PHAC, 2019).

Në mungesë të një shenje identifikuese, është e vështirë të përcaktohet se si ndodh transmetimi indirekt. Duart e kontaminuara të personelit të kujdesit shëndetësor janë kontribues të rëndësishëm në transmetimin e kontaktit indirekt, nëse higjiena e duarve nuk kryhet përpara se të preket një pacient tjetër. Pajisjet e kujdesit për pacientët (p.sh., termometrat elektronikë, pajisjet e monitorimit të glukozës) mund të transmetojnë patogjenë nëse pajisjet e kontaminuara me gjak ose lëngje trupore përdoren midis pacientëve pa u pastruar dhe dezinfektuar më parë. Lodrat e përbashkëta mund të bëhen një mjet për transmetimin e viruseve të frymëmarrjes midis pacientëve pediatrikë si psh virusi sincicial i frymëmarrjes (VRS) ose baktereve patogjene (p.sh., *Pseudomonas aeruginosa*). Veshjet dhe uniformat, të përdorura si pajisje personale mbrojtëse (PPE), mund të kontaminohen me patogjenë të mundshëm pas kujdesit të një pacienti të kolonizuar ose të infektuar me një agjent infektiv (p.sh., MRSA, *C. Difficile*) (Siegel et al., 2007; Jinadatha et al., 2017).

4. Transmetimi nëpërmjet ajrit: Kjo përfshin përhapjen e agjentëve infektivë nëpërmjet grimcave të imëta të shpërndara në ajër dhe mund të inalohehen nga individë në një distancë të caktuar nga burimi. Grimcat e ajrit mund të lëvizin në distanca të konsiderueshme në varësi të rrjedhës së ajrit dhe kushteve mjedisore, duke i bërë masat efektive të ventilimit dhe izolimit vendimtare në mjediset e kujdesit shëndetësor. Infeksionet e transmetuara nga ajri përfshijnë: *fruthin*, *tuberkulozin*, *linë e dhenve* dhe *sindromën e rëndë akute të frymëmarrjes (Coronavirusi)* (Wang et al., 2021). Transmetimi i tuberkulozit, i shkaktuar nga *Mycobacterium tuberculosis*, është një rrezik i njohur mirë si për pacientët ashtu edhe për punonjësit e kujdesit shëndetësor. Rreziku për punonjësit është më i lartë në rastet e

kryerjes së procedurave ku ka ekspozim të shtuar ndaj sekrecioneve trakeobronkiale, të tilla si nxitja e pështymës, aspirimi i sekrecioneve, bronkoskopitë, autopsitë, ekstubimi/intubimi dhe kujdesi oral (Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, 2011). Rubeola, fruthi, shytat dhe variçela mund të parandalohen përmes vaksinimit dhe duhet të konsiderohen si një rrezik profesional. Punonjësit që aplikojnë ndërhyrjet në repartin e pediatriisë dhe ata që punojnë me pacientë me imunitet të kompromentuar, si në repartet e sëmundjeve infektive, hematologjisë, onkologjisë dhe post-transplantit, kanë një rrezik më të lartë të ekspozimit (Ricco et al., 2024).

5. Transmetimi nëpërmjet sekrecioneve respiratore: Meningiti, gripi dhe infeksionet e tjera të frymëmarrjes përhapen nëpërmjet kontaktit të sekrecioneve të infektuara respiratore me mukozën e punonjësve të kujdesit shëndetësor. Ndryshe nga transmetimi i kontaktit, sekrecionet e rrugëve respiratore që bartin patogjenë infektivë, transmetojnë agjentin shkaktues kur ato kalojnë drejtpërdrejt nga trakti respirator i pacientit infektiv në sipërfaqet e ndjeshme të mukozës së marrësit, përgjithësisht në distanca të shkurtra.

Sekrecionet respiratore krijohen kur një person i infektuar kollitet, tështin, flet ose gjatë procedurave të tilla si: intubimi endotrakeal, induksioni i kollës me fizioterapi gjoksi si dhe ringjallja kardio-pulmonare (Hall, 2007; Morelli et al., 2025). Distanca maksimale për transmetimin e spërkalave të pështymës është aktualisht e paqartë, megjithatë historikisht, zona e rrezikut të përcaktuar ka qenë një distancë prej ≤ 3 hapa nga pacienti (Bahl et al., 2022). Studimi Li et al. (2021), ka treguar se shpërndarja e spërklave zvogëlohet ndjeshëm me distancën, duke përforcuar idenë se transmetimi në distancë të afërt është më i mundshëm. Bazuar në këto konsiderata, mund të jetë e nevojshme që të vendoset një maskë kur punonjësi i kujdesit shëndetësor ndodhet 6 deri në 10 hapa nga pacienti ose në hyrjen e dhomës së pacientit, veçanërisht kur ekspozimi ndaj patogjenëve të shfaqur ose me virulencë të lartë është i mundshëm (CDC, 2024). Një përmbledhje e agjentëve infektiv, burimit dhe mënyrave të transmetimit janë pasqyruar në tabelën 2.

Tabela 2. Agjentët infektivë, burimi dhe mënyra e transmetimit

Agjentët infektivë	Mënyra e transmetimit	Burimi i transmetimit
<i>Hepatiti A, Salmonella, Shigella, Rotavirus Norovirus</i>	Fecet, vomitus, bilë, salivë	Trakti gastro-intestinal
<i>Hepatiti B Hepatiti C HIV Staphylococcus aureus Staphylococcus epidermidis</i>	Gjaku dhe lëngjet trupore, shpimi me age, spërklart e pështymës, paisje të kontaminuara	Gjaku
<i>Neisseria gonorrhoeae Treponema pallidum Virusi Herpes simplex Hepatiti B</i>	Urina, sekrecionet vaginale, sperma	Trakti gjenital dhe riprodhues
<i>Staphylococcus aureus Coliforms Pseudomonas</i>	Drenimi nga plaga ose incizioni	Lëkura dhe indet e buta
<i>Hepatiti A Shigella Salmonella Norovirus Rotavirus</i>	Vomitus, feçe, bilë, salivë	Trakti gastro-intestinal
<i>Escherichia coli Enterococci Pseudomonas</i>	Urina	Trakti urinar

2.4.2 Faktorët e rrezikut në transmetimin e agjentëve infektivë

Në mjediset shëndetësore, faktorët e rrezikut që kontribuojnë në transmetimin e agjentëve infektivë janë të shumtë dhe shpesh të lidhur me njëri-tjetrin. Një aspekt thelbësor është menaxhimi i pajisjeve të mprehta, si gjilpëra, bisturi dhe instrumente të tjera prerëse. Studimet kanë treguar se përdorimi i gabuar i këtyre pajisjeve, si ripërdorimi i shiringave, mbyllja e shiringave (me një dorë), rrit ndjeshëm rrezikun e lëndimeve dhe transmetimit të infeksioneve (Kaweti et al., 2024; Wong et al., 2025). Po ashtu, vendosja e kontenierëve në një pozicion jo të përshtatshme, si në dysheme ose nën lavamanë, mund të çojë në praktika jo të duhura të asgjësimit, duke rritur mundësinë e kontaminimit (Li et al., 2024). Një tjetër faktor i rëndësishëm është përdorimi dhe dezinfektimi i pajisjeve dhe sipërfaqeve mjekësore. Ripërdorimi i pajisjeve njëpërdorimshe, si tabaka plastike ose ampula me një dozë të vetme, mund të çojë në transmetimin e agjentëve patogjenë (Bunduki et al., 2024). Sipërfaqet dhe pajisjet e ndotura me sekrecione dhe lëngje trupore mund të kontribuojnë në transmetimin e agjentëve patogjenë dhe të rrisin rrezikun e kontaminimit të kryqëzuar (CDC, 2023; Hamed et al., 2024). Për të minimizuar këtë rrezik, përdorimi korrekt i

pajisjeve mbrojtëse personale (PPE) është thelbësor, pasi ato veprojnë si barriera mbrojtëse kundër përhapjes së infeksioneve. Megjithatë, përdorimi dhe asgjësimi i gabuar i PPE-ve, si mosrespektimi i procedurave të duhura për veshjen, heqjen ose asgjësimin e tyre, mund t'i ekspozojë punonjësit e shëndetësisë ndaj rreziqeve biologjike duke rritur rrezikun e lëndimit (Bansal et al., 2025; CDC, 2023). Përveç faktorëve të përmendur më lart, disa praktika të gabuar si mungesa e zbatimit të higjenës së duarve, përdorimi i celularit në zona të kufizuara dhe ushqimi ose aplikimi i kozmetikës në fushat klinike, gjithashtu favorizojnë transmetimin e agjentëve biologjikë (Siegel et al., 2007; Di Mario et al., 2022; Noghan et al., 2023). Po ashtu transporti i papërshtatshëm i instrumenteve ose mostrave, si mjetet e mprehta ose gjaku/lëngjet trupore, dhe mungesa e etiketimit të rreziqeve biologjike, janë praktika të tjera që rrisin rrezikun e transmetimit të infeksioneve (CDC, 2023; Zuo et al 2023).

2.5 Rreziqet kimike

Profesionistët e kujdesit shëndetësor janë shpesh të ekspozuar ndaj substancave të ndryshme kimike të cilat përdoren gjatë procedurave të ndryshme mjekësore (McDiarmid, 2006; Beyan et al., 2025). Rreziqet kimike i referohen ekspozimit ndaj këtyre substancave që mund të jenë në formë të ngurtë, të lëngshme ose të gaztë. Në praktikat spitalore, edhe pse disa kimikate mund të konsiderohen relativisht të sigurta, ndjeshmëria individuale mund të ndryshojë, duke shkaktuar efekte të padëshiruara shëndetësore si sëmundje, acarime të lëkurës ose probleme të frymëmarrjes (Manyele et al., 2008; Kumbhar et al., 2025), të paraqitura edhe në tabelën 3.

Sipas Instituti Kombëtar për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë (NIOSH, 1988), rreziqet kimike përfshijnë medikamente, solucione, gazra, avuj, aerosolë dhe grimca që janë potencialisht toksike ose irrituese për organizmin. Këto kimikate përdoren për të trajtuar pacientët si dhe për të pastruar, dezinfektuar dhe sterilizuar sipërfaqet e punës, paisjet mjekësore dhe instrumentet (Kimber et al., 2018). CDC (2024) ka përcaktuar shtatë lloje kimikatesh të rrezikshme: medikamente të aerosolizuara, gazra anestezikë, medikamente antineoplazike, sterilues kimikë, dezinfektues të nivelit të lartë, oksid azoti dhe tymi kirurgjikal. Produktet e lateksit konsiderohen gjithashtu një rrezik kimik.

2.5.1 Kriteret për klasifikimin e kimikateve

Kriteret për klasifikimin e kimikateve duhet të bazohen në efektin që ato kanë në organizëm si dhe në vetitë e tyre fizike, duke përfshirë (NIOSH, 2007):

- vetitë toksike, ku përfshihen efektet shëndetësore akute dhe kronike duke prekur të gjithë sistemet e organizmit
- karakteristikat kimike ose fizike, duke përfshirë vetitë e ndezshme, shpërthyes, oksiduese dhe reaktive të rrezikshme
- vetitë gërryese dhe irrituese
- efektet alergjike
- efektet kancerogjene
- efektet teratogjene dhe mutagjene
- efektet në sistemin riprodhues

Tabela 3. Kategoria e kimikateve dhe efektet shëndetësore pas ekspozimit

Kategoria e kimikateve	Substanca	Simboli	Efektet shëndetësore
Medikamente	Barnat antineoplazike	-	Irritim të syve, hundës dhe fytit
Medikamente	Glutaraldehid	-	Irritim i lëkurës, probleme të frymëmarrjes, astmë
Dezinfektant	Oksid etilen	-	Irritim i frymëmarrjes, nauze, ekspozimi afatgjatë rrit mundësinë për shfaqjen e kancerit
Gazet anestezike	Oksidi i azotit	N ₂ O	Dhimbje koke, ekspozimi i zgjatur shkakton efekte të mundshme neurologjike (CDC,2024).
Gazet anestezike	Sevoflurane	-	Irritim të traktit respirator, ekspozimi i zgjatur shkakton efekte të mundshme neurologjike
Aerosol	Medikamente për aerosol	-	Irritim të traktit respirator, mundësi për reaksione alergjike
Sterilues kimik	Peroksid hidrogjeni	H ₂ O ₂	Irritim të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes, irritim të lëkurës në rastet e kontaktit

Sterilues kimik	Acidi peracetik	C ₂ H ₄ O ₃	Irritim të lëkurës dhe frymëmarrjes, ekspozimi kronik shkakton probleme shëndetësore serioze
Tymi kirurgjikal	-	-	Irritim respirator
Metalet e rënda	Merkuri	Hg	Dëmtime neurologjike, dëmtime të veshkave, ekspozimi kronik mund të shkaktojë probleme shëndetësore serioze
Produktet e lateksit	-	-	Reaksionet alergjike duke përfshirë anafilaksinë në individë të ndjeshëm
Agjentët e pastrimit	Kimikatet e ndryshme pastruese	-	Dhimbje koke, nauze, irrimtim respirator, ekspozimi afatgjatë favorizon dëmtimin e mëlçisë/veshkave

2.5.2 Ekspozimi ndaj substancave kimike në mjediset e kujdesit shëndetësor

Barnat citotoksike/agentët antineoplastik

Ekspozimi në punë ndaj barnave citotoksike, të njohur edhe si agentë antineoplazikë, paraqet rreziqe të konsiderueshme shëndetësore për punonjësit e kujdesit shëndetësor, veçanërisht për ata që punojnë në mjediset onkologjike. Sipas Agjencisë Ndërkombëtare për Kërkimin e Kancerit (IARC, 2000), dhjetë medikamente citotoksike klasifikohen si agentë kancerogjenë për njerëzit (Grupi 1), dhe dhjetë medikamente citotoksike klasifikohen si agentë kancerogjenë të mundshëm për njerëzit (Grupi 2A). Efektet negative të shkaktuara nga barnat citotoksike ndryshojnë midis stafit mjekësor në varësi të kohëzgjatjes dhe shpeshtësisë së ekspozimit, toksicitetit të barnave të ndryshme dhe ndjeshmërisë individuale. Infermierët që punojnë në repartet ku përdoren barna citotoksike janë në rrezik për efektet anësore të këtyre barnave, duke përfshirë dhimbje koke, të përziera, të vjella, dhimbje barku, acarim të lëkurës dhe dermatit, rënie të flokëve, dëmtim në limfocitet periferike, dëmtim të heparit, çrregullime riprodhuese, anomalitë kongjenitale, humbje fetale, aborte spontane, lindje në peshë të ulët, kancer të gjirit dhe rektal (Connor & McDiarmid, 2006;). Studime të shumta kanë dokumentuar efektet akute dhe kronike të lidhura me ekspozimin ndaj këtyre substancave të rrezikshme (Connor et al., 2014; Lawson et al., 2012; Askarian et al., 2013).

Një studim i kryer në Iran zbuloi se infermierët e onkologjisë kishin raportuar simptoma të tilla si: dhimbje koke, nauze, të vjella dhe dermatit, duke paraqitur një prevalencë më të lartë të efekteve anësore akute në krahasim me kolegët e tyre në pavijonet jo onkologjike. Infermierët që ishin në kontakt të vazhdueshëm me barnat citotoksike përveç simptomave të mësipërme, kishin përjetuar edhe rënie të flokëve (Momeni et al., 2021). Hulumtimet tregojnë se ekspozimi afatgjatë i punonjësve të kujdesit shëndetësor ndaj barnave citotoksike shkaktojnë efekte mutagjene dhe teratogjene, me prova që ofrojnë dëshmi bindëse në biomarkerët gjenetikë midis individëve të ekspozuar (Maral et al., 2019; Aristizabal-Pachon & Castillo, 2019).

Glutaraldehidi

Gjatë viteve të fundit, përdorimi i gjerë spitalor i kësaj substance ka shkaktuar një rritje të sëmundjeve të lidhura me profesionin. Infermieret e sallës së operacionit shpesh bien në kontakt me glutaraldehidin si në formë të lëngshme ashtu edhe në formë avulli (Smith & Wang, 2006). Ekspozimi në vendin e punës zakonisht varet nga detyrat e punës, nivelet e ventilimit dhe përdorimi i pajisjeve mbrojtëse (González Jara et al., 2013). Glutaraldehidi është një irritues relativisht i fuqishëm që shkakton acarim të lëkurës dhe mukozës, simptoma të ngjashme me astmën, toksicitet të heparit si dhe dermatitin e kontaktit (Shaffer & Belsito, 2000; Kumbhar & Geddugol, 2025).

Mërkuri

Instrumentet e përdorura në mjediset e kujdesit shëndetësor si termometri dhe sfingomanometri rrisin rrezikun e ekspozimi të stafit mjekësor ndaj mërkurit në rastet e thyerjes ose dëmtimit të tyre, ku në rastet e inhalimit ose përthithjes përmes lëkurës mund të shkaktojë efekte të rënda shëndetësore si: irritim respirator, probleme të tretjes si dhe dëmtim të rëndë në veshka. Në rastet e ekspozimi kronik mund të shkaktojë dobësi trupore, humbje në peshë, çrregullime gastrointestinale, dëmtime në sistemin pulmonar dhe sistemin nervor qendror (ILO, 2014).

Produktet e lateksit

Stafi infermior është i prekur ndaj alergjive nga lateksi për shkak të ekspozimit të tyre të shpeshtë ndaj dorezave dhe produkteve të tjera mjekësore, të cilat mund të shkaktojnë një sërë efektesh negative shëndetësore (Supapvanichet al., 2014; Köse et al., 2014). Supapvanich et al., (2013) në studimin e kryer në 899 infermierë evidentoi se faktorët e

rrezikut që lidheshin me raportimin e simptomave të lëkurës, veçanërisht kruajtje dhe skuqje të lëkurës ishin përdorimi i > 15 palë dorezash lateks me pluhur/ditë si dhe puna në sallën operatore. Studimet tregojnë se një përqindje e konsiderueshme e stafit infermior përjetojnë reaksione alergjike, me simptoma që variojnë nga acarimi i lehtë i lëkurës dhe dermatiti i kontaktit deri tek më të rëndat si aborte spontane dhe anafilaksia (Connor et al., 2014; Lawson et al., 2012). Studim i Aydin et al., (2013) zbuloi se 59.7% e infermierëve raportuan simptoma alergjike pas kontaktit me produkte lateks, duke theksuar rrezikun më të madhë në stafin infermior krahasuar me punonjësit e tjerë të kujdesit shëndetësor. Pasojat emocionale dhe fizike të alergjive nga lateksi mund të çojnë në rritje të mungesës dhe ulje të kënaqësisë në punë midis infermierëve, duke ndikuar negativisht edhe në cilësinë e kujdesit të ofruar ndaj pacientit. Ky shqetësim i vazhdueshëm jo vetëm që zvogëlon mirëqenien e tyre të përgjithshme, por gjithashtu rrit mundësinë e problemeve të shëndetit mendor si ankthi dhe depresioni (Moneret-Vautrin et al., 2023; Nguyen et al., 2022).

2.6 Rreziqet fizike

Rreziqet fizike i referohen agjentëve të ndryshëm fizikë në mjedisin e punës që mund të shkaktojnë dëmtime në punonjësit e kujdesit shëndetësor. Rreziqet fizike përfshijnë: energjinë elektrike/zjarrin, lazerin, ekspozimin ekstrem ndaj nxehtësisë ose të ftohtit, zhurmën dhe rrezatimin (ose mbetjet e rrezikshme radioaktive) (Ndejjo et al., 2015).

2.6.1 Ekspozimi ndaj agjentëve fizikë në sektorin e kujdesit shëndetësor

Rrezatimi

Ekspozimi ndaj rrezatimit është një shqetësim i përhapur në mjediset e kujdesit shëndetësor, veçanërisht për punonjësit e përfshirë në procedurat diagnostikuese imazherike si dhe procedurat terapeutike. Ekzistojnë dy lloje kryesore të rrezatimit: jonizues dhe jo-jonizues. N.A. Alomairy (2023) në vlerësimin e njohurive dhe qëndrimeve të infermierëve lidhur me mbrojtjen nga rrezatimi, vuri re se shumica e infermierëve ishin të vetëdijshëm për efektet e dëmshme të rrezatimit, ndërsa njohuritë dhe qëndrimet e tyre të përgjithshme ndaj mbrojtjes nga rrezatimi ishin të kufizuara. Stresi oksidativ përbën një problem shëndetësor të punonjësit e kujdesit shëndetësor të ekspozuar ndaj rrezatimit

jonizues. Studimi i Ibitoye et al. (2021) evidentoi dallime të rëndësishme shëndetësore midis grupeve të ekspozuara dhe jo të ekspozuara, duke treguar se ekspozimi kronik mund të shkaktojë anemi dhe stres oksidativ, si dhe duke theksuar nevojën për monitorim të vazhdueshëm të shëndetit të këtyre punonjësve.

Lazerat

Lazerat përdoren gjithnjë e më shumë në procedurat kirurgjikale për shkak të saktësisë së tyre, megjithatë ato paraqesin rreziqe të tilla si: lëndime të rënda të syve ose djegiet e lëkurës nga ekspozimi i drejtpërdrejtë. Për më tepër, lazerat mund të shkaktojnë ndezjen e zjarrit në mjediset kirurgjikale nëse ka materiale të ndezshme (Smalley, 2011).

- Djegiet

Djegiet janë një ndër lëndimet më të raportuara nga infermierët që punojnë me lazer. Sipas një analize gjithëpërfshirëse të lëndimeve të lidhura me lazerin, djegiet përbënin afërsisht 47% të të gjitha lëndimeve të supozuara në rastet e kirurgjisë me lazer (Jalian et al., 2013; Prohaska & Hohman, 2023).

- Shenjat e plagëve

Shenjat e plagëve janë një tjetër shqetësim i rëndësishëm pas procedurave me lazer. Përafërsisht 38.8% e lëndimeve të raportuara përfshinin shenjat të cilat mund të rezultojnë nga dëmtimi termik gjatë trajtimit me lazer. Zhvillimi i plagëve mund të jetë shqetësues si për pacientët ashtu edhe për profesionistët e kujdesit shëndetësor, duke ndikuar në cilësinë e kujdesit të ofruar (Jalian et al., 2013; Khalifian et al 2022).

- Ndryshime në pigmentimin e lëkurës

Në 23.5% të rasteve të raportuara lidhura me lëndimet me lazer u vunë re ndryshime në pigmentimin e lëkurës për shkak të përdorimit të gabuar të lazerit ose teknikave që shkaktojnë dëmtim të tepruar termik në lëkurë (Prohaska et al., 2023).

- Dëmtimet okulare

Dëmtimet okulare përbëjnë një rrezik të konsiderueshëm për stafin infermior që punon në mjediset ku përdoret lazeri. Ekspozimi i drejtpërdrejtë ndaj rrezeve lazer ose reflektimeve mund të shkaktojë dëmtime serioze të syve, duke përfshirë djegiet e retinës ose lëndimet e kornesë. Studimet tregojnë se lëndimet okulare mund të ndodhin edhe në ekspozim të shkurtër dhe mund të rezultojnë në dëmtim të përhershëm të shikimit (Smalley, 2011). Një studim i kryer nga Smith et al. (2022) theksoi se shumë infermierë ndihen të trajnuar në

mënyrë joadekuate për të përdorur pajisjet lazer në mënyrë të sigurtë, duke ndikuar në rritjen e shqetësimit për dëmtimeve të mundshme të syrit dhe lëkurës.

- Ndikimi psikologjik

Përveç dëmtimeve fizike, infermierët mund të përjetojnë efekte psikologjike që lidhen me ekspozimin e tyre ndaj lazerit. Janë dokumentuar raste të shqetësimeve emocionale si ankth apo ulje të kënaqësisë në punë për shkak të rezultateve negative nga procedurat me lazer (Prohaska et al., 2023).

Zhurma

Zhurma është një tjetër rrezik i pranishëm fizik në ambjentet e kujdesit shëndetësor. Nivelet e larta të zhurmës nga pajisjet mjekësore dhe alarmet, mund të çojnë në humbje të përhershme të dëgjimit dhe të kontribuojnë në shfaqjen e stresin psikologjik tek punonjësit e shëndetësisë. Studimet tregojnë se ekspozimi i zgjatur ndaj niveleve të zhurmës mbi 85 decibel mund të shkaktojë dëmtim të dëgjimit dhe të pengojë komunikimin, duke rritur gjasat për gabime gjatë ndërhyrjeve të aplikuara (Lee & Kim, 2014; Liu et al., 2023; Gregory et al., 2023; Matsunaga & Nakagawa, 2023; Saba et al., 2023; Zine & Fritsch, 2023). Një studim i tipit longitudinal i Wang et. al., (2024) vlerësoi ndikimin e zhurmës gjatë punës, në humbjen e dëgjimit tek punonjësit e kujdesit shëndetësor që përdorin audiometrinë. Një studim tjetër diskuton prevalencën e humbjes së dëgjimit tek infermierët dhe ndikimin e tij në kujdesin e ofruar ndaj pacientit. Ai thekson nevojën për kontrolle të rregullta të dëgjimit dhe ndërgjegjësimin për rreziqet që lidhen me ekspozimin ndaj zhurmës në mjediset spitalore (Spencer & Pennington, 2015).

Temperaturat ekstreme

Ekspozimi ndaj temperaturave të larta ose të ulta, mund të ndikojë negativisht në performancën dhe shëndetin e punonjësve të kujdesit shëndetësor duke shkaktuar hipotermi, stres termik, ose lodhje nga nxehtësia. Një studim nga Dehghani et al. (2020) zbuloi se infermierët që punonin në mjedise tepër të nxehta raportuan lodhje të shtuar dhe ulje të produktivitetit. Për më tepër, ekspozimi i zgjatur ndaj temperaturave të larta mund të përkeqësojë dehidratimin dhe funksionin kardiovaskular duke shkaktuar komplikacione shëndetësore afatgjata.

Energjia elektrike

Energjia elektrike përbën rrezik për punonjësit e kujdesit shëndetësor nëpërmjet keqfunksionimit të pajisjeve ose përdorimit të papërshtatshëm të pajisjeve elektrike në mjediset klinike. Rreziqet elektrike mund të shkaktojnë goditje, djegie dhe zjarre në ambientet shëndetësore. Një rishikim sistematik nga Vindigni et al (2017) raportoi incidente të lidhura me përdorimin e gabuar dhe defektet e defibrilatorëve, ku personeli pësoi djegie, parestezi dhe dhimbje muskuloskeletike. Një studim retrospektiv identifikoi 110,000 procedura endoskopike dhe lëndime ortopedike në pesë vitet e fundit. U evidentua se tre anëtar të personelit endoskopik kishin pësuar lëndime të rënda muskulo-skeletike, duke përfshirë frakturën metakarpale, frakturën e brinjëve dhe ndrydhjen (torsion) e kyçit të këmbës (Cappell, 2010).

2.7 Rreziqet ergonomike në sektorin shëndetësor

Rreziqet ergonomike shkaktojnë pasoja të konsiderueshme në punonjësit e kujdesit shëndetësor, duke përbërë një prevalencë të lartë të çrregullimeve muskuloskeletike. Këto çrregullime shkaktohen nga procedurat e lidhura me punën që prekin muskujt, tendinat, nervat, ligamentet, kockat dhe disqet intervertebrale (World Health Organization & Burton, 2010).

Një nga rreziqet më të zakonshme ergonomike të raportuara në mesin e punonjësve të kujdesit shëndetësor lidhen me trajtimin manual të pacientëve obezë ose pacientëve të paralizuar që kanë nevojë për ngritjen, zhvendosjen dhe transferimin e duhur, ku punonjësit do ti duhet të adoptojnë pozicione jo të përshtatshme për të kryer procedurat sipas protokolleve të standartizuara (D'Arcy et al., 2012).

Në studim e kryer nga Alharbi et al. (2021) u identifikua se çrregullimet muskulo-skeletike, veçanërisht dhimbjet e shpinës, gjurit dhe kyçit të dorës, raportohen si lëndimet më të shpeshta midis punonjësve të kujdesit shëndetësor për shkak të mbingarkesës në punë si dhe qëndrimeve të gabuara gjatë procedurave mjekësore. Kërkesat fizike si: ngritja, zhvendosja dhe transferimi i pacientëve shpesh e detyrojnë stafin që të adoptojë pozicione të gabuara të cilat rrisin rrezikun e lëndimit. Një studim i kryer midis punonjësve të kujdesit shëndetësor në Lahore, Pakistan, zbuloi se dhimbjet dhe kontakturat muskulare ishin problemet më të raportuara në 76.5% të anketuarve (Hamid et al., 2018).

Në studimin kros-seksional të Yasobant dhe Rajkumar (2014) për të vlerësuar prevalencën dhe faktorët e rrezikut të çrregullimeve muskuloskeletore të lidhura me punën midis profesionistëve të kujdesit shëndetësor u raportuan dhimbje muskuloskeletike, veçanërisht në pjesën e poshtme të shpinës, shpatullave dhe kyçit të dorës. Faktorët kryesor të rrezikut përfshijnë ngarkesat e rënda të punës, qëndrimin e zgjatur në këmbë dhe qëndrimet e gabuara gjatë procedurave të trajtimit të pacientit.

Një rishikim sistematik i 2023 ekzaminoi dëmtimet muskuloskeletike që lidhen me punën në profesionistë të ndryshme të kujdesit shëndetësor. U raportua se afërsisht 73% e profesionistëve të kujdesit shëndetësor përjetuan dhimbje muskuloskeletike gjatë vitit të kaluar, shoqëruar me dhimbjen e shpinës që ishte ankesa më e zakonshme. Rishikimi vuri në dukje se pozicionimi i zgjatur dhe ndërprerjet e pamjaftueshme në procedurat e aplikuara ishin faktorë të rëndësishëm të rreziku për zhvillimin e MSD (Mahajan et al., 2023).

2.8 Rreziqet psikosociale në sektorin shëndetësor

Rreziqet psikosociale janë të lidhura ngushtë me mjedisin e punës, plotësimin e detyrave si dhe me shëndetin fizik e psikologjik të punonjësve të kujdesit shëndetësor. Këto rreziqe përfshijnë faktorë si stresi, ngarkesa e lartë e punës, puna me tre turne, orët e zgjatura në punë, mungesën e mbështetjes psikologjike të cilat ndikojnë negativisht në mirëqenien e punonjësve duke favorizuar probleme të shëndetit mendor si ankthin dhe depresionin (WHO, 2018; Scozzafave et al., 2019; Ruotsalainen et al. 2020).

2.8.1 Faktorët që ndikojnë në rreziqet psikosociale

Mbingarkesa në punë

Mbingarkesa në punë është një ndër problematikat më të shpeshta të identifikuara në punonjësit e kujdesit shëndetësor. Një studim i realizuar nga Okeafor & Alamina (2018) theksoi se një pjesë e konsiderueshme e punonjësve raportuan nivele të larta të mbingarkesës në punë në reparte të ndryshme spitalore, kryesisht në repartin e kirurgjisë me një nivel prej 83% dhe 71% në repartin e radiologjisë. Kjo ngarkesë e tepërt jo vetëm që çon në lodhje fizike, por gjithashtu kontribuon në shqetësime emocionale dhe pakënaqësi në punë (European Agency for Safety and Health at Work, 2015).

Mbingarkesa në punë gjatë pandemisë Covid-19 u rrit ndjeshëm, duke krijuar një ambient stresues për punonjësit e kujdesit shëndetësor (Alizadeh et al., 2020). Faktorët stresant si numri i lartë i pacientëve, mungesa e stafit, mungesa e pajisjeve mbrojtëse dhe frika nga infektimi, favorizuan përjetime të vazhdueshme të ankthit dhe stresit (De Los Santos & Labrague, 2020). Shumica e punonjësve ishin të detyruar të punonin me orë të zgjatura dhe shpesh pa pushime të mjaftueshme, duke çuar në lodhje fizike dhe emocionale. Shtimi i detyrave administrative dhe raportimeve të shpeshta për rastet e COVID-19 gjithashtu rriti presionin mbi ta (Ripp et al., 2020). Kjo situatë jo vetëm që ndikoi negativisht në shëndetin fizik dhe mendor të punonjësve, por gjithashtu çoi në rritje të nivelit të shqetësimeve emocionale dhe sindromës së "burnout"-it (Zerbini et al., 2020).

Puna me turne

Puna me turne shoqërohet me rritje të nivelit të stresit, lodhje, luhatje të humorit, diskomfort total të organizmit, funksionim jo të mirë fiziologjik dhe sjellje jo të shëndetshme si ushqimi i tepërt, pirja e duhanit dhe mungesa e aktivitetit fizik (Ejebu, Dall'Ora, & Griffiths, 2021). Një studim i kryer në një spital në Bosnjë-Hercegovinë vlerësoi efektet e punës me turne në gjendjen psikosociale dhe cilësinë e jetës së personelit infermieror. Rezultatet treguan se infermierët që punonin me turne përjetuan rritje të stresit, ankthit dhe ulje të kënaqësisë për jetën krahasuar me ata që punonin me orare të rregullta. Studimi theksoi efektet e dëmshme të punës me turne në shëndetin mendor të punonjësve duke ofruar rekomandime për kërkime të mëtejshme për të kuptuar ndikimin e saj në shëndetin e përgjithshëm të personelit infermieror (Aljehani & Alzahrani, 2024).

Një studim tjetër i kryer nga Selvi et al. (2021) vlerësoi ndikimet shëndetësore të punës me turne midis stafit infermieror. Gjetjet zbuluan se 79% e infermierëve raportuan një ndikim të moderuar në shëndetin e tyre për shkak të punës me turne si dhe referuan probleme shëndetësore si lodhje, ankth dhe çrregullime të gjumit.

Roman et al. (2023) zbuloi se infermierët që punonin me turne raportonin më shumë shqetësime gastrointestinale, ankth dhe çrregullime të gjumit krahasuar me infermierët që punonin me turne fikse. Hulumtimi evidentoi se puna me turne është e lidhur me efekte negative shëndetësore, duke përfshirë simptomat e depersonalizimit dhe krijimin e një mjedisi jo të favorshëm për aplikimin e ndërhyrjeve infermierore.

Punonjësit me tre turne paraqesin rrezik më të lartë për diagnostikimin e sëmundjeve kardiovaskulare, çrregullimeve gastrointestinale, çrregullimeve psikologjike, kancer, diabet melitus, probleme të shëndetit riprodhues dhe vështirësi në menaxhimin e sëmundjeve kronike (Selvi et al., 2021; Matheson et al., 2014; Black et al., 2010; Schwartz et al., 2010; Ruggiero, 2003; Costa, 2012; Sveinsdóttir, 2006; Burch et al., 2009; Knutsson & Bøggild, 2010; Simmons et al., 1988; Wong et al., 2010; Hansen et al., 2016; Straif et al., 2007).

Lodhja

Lodhja është mungesa e përditshme e energjisë (si fizike ashtu edhe mendore) dhe motivimit, e cila nuk lehtësohet as nga gjumi (Wedro, 2019). Në kontekstin infermieror, lodhja përfaqëson një reagim të shumëanshëm ndaj kërkesave personale, dinamikave të reparteve spitalore si dhe sistemit të kujdesit shëndetësor (Steege & Dykstra, 2016).

Mungesa e gjumit shkakton pasoja të rrezikshme shëndetësore për punonjësit e shëndetësisë si lodhje, rritje të rrezikut për sëmundje kardiovaskulare, çrregullime të humorit dhe diabet. Punonjësit e lodhur shpesh paraqesin ulje të vigjilencës gjatë kryerjes së procedurave infermiere, e cila shoqërohet me gabime në dozimin e medikamenteve duke ndikuar në uljen e sigurisë për pacientin (Bell et al., 2023; Martin et al., 2024).

Në studimin e Tang et al. (2022) u anketuan 2,918 infermierë klinike në 48 spitale publike në Kinë. Rezultatet treguan se 47% e pjesëmarrësve raportuan nivele të larta ose shumë të larta të lodhjes lidhur me punën. Nga të anketuarit, 23.1% raportuan nivele të larta të lodhjes, ndërsa 24.6% raportuan nivele shumë të larta. Kjo lodhje lidhej ndjeshëm me rritjen e gabimeve mjekësore ku 83% e gabimeve i atribuoheshin lodhjes së infermierëve. Për më tepër, turnet e natës u identifikuan si një ndër faktorët kontribues në problemet e gjumit duke përkeqësuar më tej nivelin e lodhjes në personelin infermieror.

Një korrelacion i rëndësishëm pozitiv u gjet midis ankthit dhe lodhjes ($\beta=0.757$, $p < 0.001$) në një studim të kryer në 270 infermierë gjatë pandemisë Covid-19, ku rritja e nivelit të lodhjes u shoqërua me rritjen e nivelit të ankthit (Zhang et al., 2023).

Dhuna në vendin e punës

Instituti Kombëtar për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë (NIOSH) e përkufizon dhunën në vendin e punës si çdo rast të sulmit fizik, veprime kërcënuese ose keqtrajtime verbale që ndodhin brenda një mjedisi pune. NIOSH (2002) e kategorizon dhunën në katër tipe:

- Lloji 1 - Dhuna për qëllime kriminale përfshin autorë që nuk kanë marrëdhënie legjitime me institucionin ose punonjësit e tij. Këta individë zakonisht kryejnë krime së bashku me akte dhune, të tilla si grabitje ose shkelje.
- Lloji 2 - Dhuna nga pacienti mbi punonjësin është forma më e shpeshtë e dhunës në mjediset e kujdesit shëndetësor.
- Lloji 3 - Dhuna nga punonjësi tek punonjësi i referohet dhunës që ndodh midis kolegëve. Kjo mund të shfaqet si abuzim verbal dhe mund të avancojë deri në përballje fizike.
- Lloji 4 - Dhuna në marrëdhënie personale ndodh kur dhunuesi ka një lidhje personale me punonjësin e kujdesit shëndetësor jashtë vendit të punës.

Në një rishikim të literaturës ku janë përfshirë artikujt të periudhës 2010-2022 mbi dhunën e ushtruar në stafin infermieror, u evidentua se 30% e infermierëve raportuan se kishin përjetuar dhunë fizike gjatë punës së tyre, ndërsa 50% raportuan abuzim verbal. Veçanërisht, incidentet e dhunës ishin më të shpeshta në repartet e urgjencës dhe në shërbimet e kujdesit të ofruara në repartet psikiatrike. Studimi nxori në pah se 70% e infermierëve ndiheshin të pasigurt në punë për shkak të kërcënimit të dhunës (Kafle et al., 2022).

Një studimin kros-seksional i kryer në 150 infermierë që ushtronin aktivitetin e tyre në shtatë spitale të Kermanshah-Iran, identifikojë 49,5% raste të dhunës fizike dhe 40,4% të dhunës verbale në stafin infermieror. Dhunuesit më të zakonshëm ishin familjarët e pacientit ku në 57.0% të rasteve kishin ushtruar dhunë fizike dhe në 35.2% të rasteve dhunë verbale në infermierët e turnit të tretë (Janatolmakan et al., 2023).

2.9 Siguria dhe shëndeti në punë

Siguria dhe shëndeti në punë (SSHP) është një fushë multidisiplinare që synon mirëqenien e punonjësve në aspektin fizik, mendor dhe social. Organizata Ndërkombëtare e Punës (Roskam & ILO, 1996) dhe Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO, 2018) theksojnë se qëllimi kryesor i SSHP është krijimi i një ambienti pune të sigurt dhe të shëndetshëm për të gjithë punonjësit. Kjo qasje synon uljen e numrit të punonjësve që largohen nga puna për shkak të problemeve shëndetësore, ofrimin e strategjive mbrojtëse nga rreziqet e mundshme që mund të dëmtojnë shëndetin e tyre (Assaf & Alswalha, 2016), si dhe

sigurimin e një shëndeti të mirë fizik, mendor dhe social për të gjithë punonjësit, pavarësisht profesionit (Ogbede, 2023).

Sipas Konventës Nr.161 të ILO-s (1985), shërbimet e shëndetit në punë janë thelbësore sepse ato ofrojnë funksione parandalimi dhe këshillimi për punëdhënësit, punonjësit dhe përfaqësuesit e tyre, për të krijuar dhe ruajtur një mjedis pune të sigurt dhe të shëndetshëm të përshtatshëm me aftësitë fizike dhe mendore të punonjësve (ILO, 1985; Ncube & Kanda, 2018).

Funksionet e shërbimeve shëndetësore në punë janë:

- identifikimi dhe vlerësimi i rreziqeve shëndetësore në vendin e punës
- evidentimi i faktorëve dhe praktikave të punës që mund të ndikojnë në shëndetin e punonjësve
- këshillimi për planifikimin dhe organizimin e punës, duke përfshirë mirëmbajtjen e makinerive, pajisjeve dhe substancave të përdorura në punë
- hartimi i programeve për përmirësimin e praktikave të punës
- bashkëpunimi në testimin e pajisjeve të reja dhe vlerësimin e ndikimit të tyre në shëndetësi
- ofrimi i këshillave për shëndetin, sigurinë, higjienën në punë, ergonominë si dhe për rëndësinë e përdorimit të pajisje mbrojtëse
- monitorimi i shëndetit të punonjësve lidhur me punën
- të sigurohet që puna t'i përshtatet punonjësit
- ti ofrohet ndihma e parë dhe trajtimi emergjent
- të marrin pjesë në analizën e aksidenteve në punë dhe sëmundjeve profesionale (ILO, 1985)

2.10 Menaxhimi i rreziqeve në ambjentet spitalore

Vlerësimi i natyrës së rreziqeve është thelbësor për krijimin e një mjedisi pune të shëndetshëm dhe për mbrojtjen e shëndetit të punonjësve. Disa elementë të rëndësishëm të një programi të mirë të menaxhimit të shëndetit dhe sigurisë në punë janë: identifikimi, vlerësimi i rreziqeve në ambientin spitalor si dhe zbatimi i masave të kontrollit (Leka et al., 2010; Leka & Cox, 2008; Mersal et al., 2025).

2.10.1 Identifikimi dhe vlerësimi i rreziqeve spitalore

Identifikimi dhe vlerësimi i rreziqeve në spital është një hap kyç për të garantuar sigurinë dhe mirëqenien e stafit infermieror brenda një mjedisi pune të shëndetshëm. Ligji shqiptar për “Sigurinë dhe Shëndetin në Punë” dhe aktet nënligjore përkatëse në “manualin praktik për vlerësimin e riskut në punë” përdor dy shprehje: “vlerësim i rrezikut”, dhe “vlerësim i riskut”. Të dyja shprehjet konsiderohen të pranueshme dhe të njëjta në kuptim. Megjithatë në këtë manual është përdorur shprehja e cila përdoret më shumë në nivel ndërkombëtar “vlerësimi i riskut”. Vlerësimi i riskut është një procedurë e cila përcakton nivelin e riskut në lidhje me një dëmtim në punë, sëmundje profesionale, sëmundje të lidhura me punën dhe çrregullime të lidhura në procesin e punës që mund të shkaktojnë efekte të dëmshme tek shëndeti dhe siguria e punëmarrësve (Inspektorati i Punës, 2024). Sipas OBSH-së, (WHO, 2020), sistemet e vlerësimit të incidenteve duhet të jenë të strukturuar për të identifikuar shkaqet themelore të performancës së dobët dhe problemeve të përsëritura në menaxhimin e shëndetit dhe sigurisë në punë. OBSH theksoi nevojën për një proces të strukturuar për hetimet e aksidenteve të ndodhura dhe se është përgjegjësi e menaxherit të spitalit që të sigurojë një ambient të sigurt pune për të gjithë punonjësit, duke eliminuar, minimizuar ose kontrolluar rreziqet në atë mjedis dhe duke marrë masa për të reduktuar ndikimet e rreziqeve në rastet kur ato ndodhin. Pjesë e këtij procesi është vlerësimi i mjedisit spitalor për të identifikuar rreziqet ekzistuese ose të mundshme dhe përgatitja e një raporti të vlerësimit të rrezikut të detajuar me shkrim. Menaxheri duhet të rishikojë periodikisht vlerësimet e rrezikut kur ka ndryshime në detyrat e kryera nga punonjësit, pajisjet ose në mjedisin e kujdesit shëndetësor. Niveli i sigurisë do të jetë më i lartë atëherë kur menaxheri i spitalit merr masa që përfshijnë punonjësit e kujdesit shëndetësor në procedurat e vlerësimit dhe kontrollit të rrezikut, për të siguruar që stafi të jetë i vetëdijshëm për rreziqet dhe metodat e përdorura për t'i eliminuar ose kontrolluar ato.

Një shembull është Programi i Shëndetit dhe Sigurisë në Punë i qeverisë së Albertas (Government of Alberta, 2011) i cili përdor një qasje të strukturuar për matjen dhe kontrollin e rreziqeve. Ky program bazohet në identifikimin dhe vlerësimin sistematik të rreziqeve duke përfshirë hapat e mëposhtëm:

- *Rënditen të gjitha aktivitetet dhe veprimtaritë që do të kryhen.*

Hartohet një inventar ku dokumentohen të gjitha ndërhyrjet që do të aplikohen.

- *Përcaktohen rreziqet e mundshme.*

Identifikohen të gjitha llojet e rreziqeve (biologjike, kimike, fizike, ergonomike dhe psikologjike) që mund të hasen gjatë kryerjes së çdo ndërhyrje.

- *Vlerësohet niveli i rrezikut.*

Përcaktohet shkalla e rrezikut për çdo ekspozim duke marrë parasysh se sa të rënda mund të jenë pasojat e ekspozimit, sa shpesh mund të ndodhë ekspozimi dhe kur kryhen ndërhyrjet.

- *Përcaktohen masat e kontrollit.*

Identifikohen metodat për të reduktuar rrezikun si trajnimet, respektimi i rregullave dhe më pas përdorimi i pajisjeve mbrojtëse personale (PMP).

- *Vendosen në zbatim masat e kontrollit.*

Aplikoni masat e kontrollit për të gjitha rreziqet e identifikuar.

- *Informohen punonjësit.*

Sigurohet që të gjithë punonjësit që kryejnë detyrat të jenë të vetëdijshëm për vlerësimet e rrezikut dhe masat e nevojshme të kontrollit.

- *Rishikohen kontrollet rregullisht.*

Kontrollohen masat e kontrollit periodikisht për t'u siguruar që ato funksionojnë siç duhet.

Është e domosdoshme të zbatohet një proces i organizuar për të siguruar që çdo rrezik i mundshëm në ambientin spitalor të identifikohet dhe të trajtohet në mënyrë efektive.

2.11 Hirearkia e kontrollit

Pas përfundimit të procesit të identifikimit dhe vlerësimit të rreziqeve në mjedisin spitalor, hap i mëtejshëm konsiston në përcaktimin dhe implementimin e masave adekuate për menaxhimin efektiv të këtyre rreziqeve. Një kontribut i rëndësishëm në këtë drejtim është dhënë nga Hazpak (1996), i cili propozoi konceptin e hierarkisë së kontrollit. Ky sistem ofron një renditje të veprimeve për të kontrolluar ekspozimet e rrezikshme, duke i klasifikuar nga më efektive në më pak efektive, duke filluar me eliminimin e plotë të

rrezikut dhe duke përfunduar me përdorimin e pajisjeve mbrojtëse personale. Nivelet e veprimit të kësaj hierarkie janë paraqitur në figurën 1.

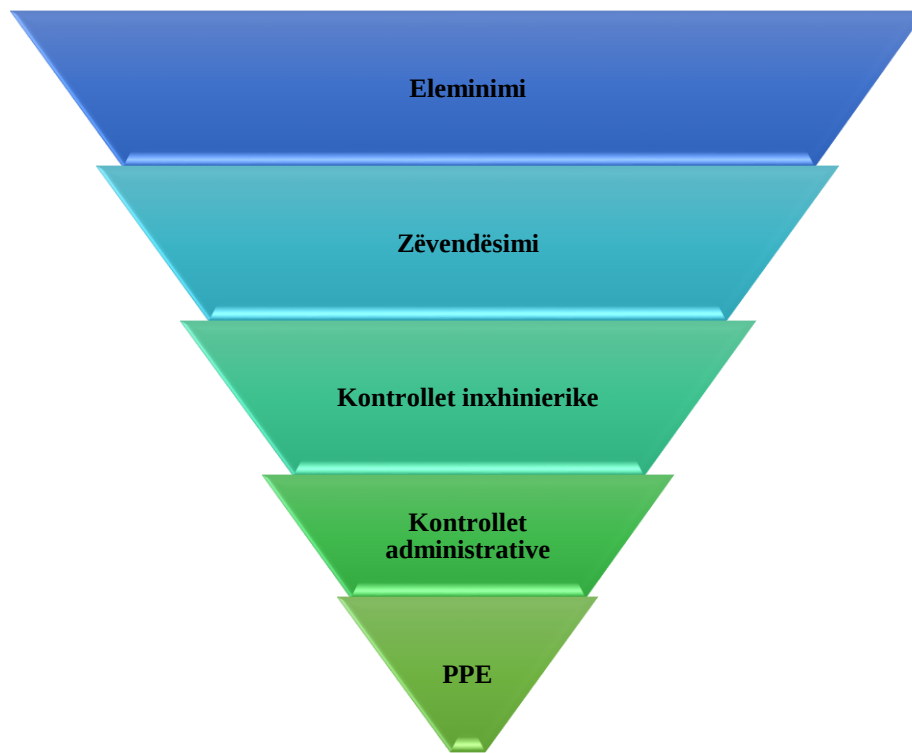


Figura 1. Hierarkia e kontrollit

2.11.1 Nivelet e veprimit të hierarkisë së kontrollit

1. Eliminimi
2. Zëvendësimi
3. Kontrolllet inxhinierike
4. Kontrolllet administrative
5. Pajisjet mbrojtëse personale (PPE)

Eliminimi përfaqëson mënyrën më efektive për të parandaluar ekspozimin ndaj një rreziku, pasi synon heqjen e plotë të tij nga mjedisi i punës. Kjo qasje jo vetëm që shmang kontaktin me burimin e rrezikut, por edhe redukton nevojën për masa të tjera mbrojtëse (Levesque et al., 2025). Në praktikë, eliminimi mund të arrihet përmes ndryshimeve në procesin e punës duke ndaluar përdorimin e një kimikati toksik, objekti të rëndë ose instrumenti të mprehtë.

Siç theksohet edhe nga Davies et al. (2025) kjo metodë konsiderohet si më e sigurta për të mbrojtur punonjësit sepse nuk mund të ndodhë asnjë ekspozim.

Zëvendësimi aplikohet kur eleminimi nuk është i mundur, duke përfshirë ndërrimin e një materiali, pajisjeje ose procedure me një version më të sigurt për të zvogëluar rrezikun. Kjo përfshin përdorimin e kimikateve më pak toksike, pajisjeve me fuqi ose shpejtësi më të ulët, apo materialeve që reduktojnë rrezikun e ekspozimit. Për shembull, zëvendësimi i termometrave me mërkur me ato dixhitalë është një praktikë e përhapur që përmirëson ndjeshëm sigurinë në ambientet spitalore (Jogie et al., 2025).

Kontrollet inxhinierike synojnë të kufizojnë ekspozimin e punonjësve ndaj rreziqeve në vendin e punës përmes ndërhyrjeve teknike ose infrastrukturore. Këto kontrolle përfshijnë përdorimin e teknologjisë për të eliminuar ose izoluar një rrezik, duke identifikuar burimin e rrezikut ose mënyrën e transmetimit. Sipas Levesque et al. (2025), përdorimi i sistemeve të montuara në tavan për zhvendosjen e pacientëve nga shtrati në karrige ka rezultuar në një ulje të konsiderueshme të dëmtimeve muskuloskeletore tek stafin infermieror. Përdorimi i teknologjisë “ceiling lift system” ka reduktuar ndjeshëm këto dëmtime tek infermierët, duke u vlerësuar si një ndër ndërhyrjet më efektive të dekadës së fundit (Lee & Rempel, 2020).

Kontrollet administrative synojnë të minimizojnë ekspozimin ndaj rreziqeve përmes ndryshimit të mënyrës së organizimit të punës. Kjo përfshin praktikave të tilla si alternimi i detyrave midis stafit, ndarja e përgjegjësiave, kryerja e trajnimeve periodike, përdorimi i procedurave të sigurta dhe protokolleve të qarta (Hazpak, 1996). Këto masa janë të rëndësishme për ndërtimin e një kulture sigurie në vendin e punës, por janë më pak efektive sepse mbështeten në sjelljen e individëve (Davies et al., 2025). Shembuj praktikë përfshijnë planifikimin e punës në çifte për transportimin e pacientëve të dhunshëm ose trajnime për menaxhimin e situatave agresive në repartet psikiatrike (Jogie et al., 2025).

Paisjet mbrojtëse personale (PPE) përbëjnë nivelin e fundit të hierarkisë së kontrollit dhe përdoren kur masat e tjera nuk mund të eliminojnë ose zvogëlojnë mjaftueshëm rrezikun. PPE përfshin doreza, maska, syze mbrojtëse, mbrojtëse dëgjimi, veshje dhe aparat respiratori (CDC, 2023). Megjithatë konsiderohen të domosdoshme, PPE nuk e eliminon rrezikun por vetëm redukton ekspozimin. Për këtë arsye, përdorimi i tyre duhet të jetë pjesë e një programi të strukturuar që përfshin: vlerësimin e rreziqeve, përzgjedhjen e pajisjeve

të përshtatshme, trajnimin e stafit, inspektimin dhe mirëmbajtjen periodike (Corderio et al., 2022). Studimet e fundit theksojnë se efektiviteti i PPE rritet ndjeshëm kur kombinohet me kontrolle inxhinierike dhe administrative të mirëintegruara (Levesque et al., 2025).

2.12 Legjislacioni kombëtar lidhur me rreziqet në punë

Ligji Nr. 10237, datë 18.02.2010 "Për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë" në mbështetje të neneve 78 dhe 83 pika 1 të Kushtetutës, me propozim të Këshillit të Ministrave (ndryshuar me ligjin nr. 161/2014, datë 4.12.2014; nr. 99/2024, datë 12.9.2024) vendosi se ky ligj ka si objektiv përcaktimin e masave për të garantuar sigurinë dhe shëndetin në punë të punëmarrësve në sektorët publikë dhe privatë. Qëllimi i këtij ligji është që të sigurojë mbrojtjen e shëndetit, nëpërmjet parandalimit të rreziqeve profesionale, eliminimit të faktorëve të rrezikut dhe aksidentet nëpërmjet informimit, këshillimit, pjesëmarrjes së balancuar, formimit të punëmarrësve dhe përfaqësuesve të tyre (Ligji Nr. 10237, 2010).

2.12.1 Roli i punëdhënësit

Punëdhënësi ka detyrime të përgjithshme dhe thelbësore për të siguruar mbrojtjen e punëmarrësve. Ai detyrohet të sigurojë mbrojtjen e punëmarrësve në të gjitha aspektet që lidhen me sigurinë dhe shëndetin në punë, duke marrë masat e nevojshme nëpërmjet:

- Parandalimit të rreziqeve për aksidentet në punë dhe sëmundjet profesionale
- Informimit dhe formimit profesional të punëmarrësve dhe përfaqësuesve të tyre
- Organizimit të mbrojtjes kolektive dhe individuale
- Sigurimit të organizimit të vendit të punës dhe të mjeteve të nevojshme

Punëdhënësi gjithashtu duhet të zbatojë parimet e përgjithshme të parandalimit, si shmangien e rreziqeve, vlerësimin e rreziqeve, përshtatjen e procesit të punës me punëmarrësin, përshtatjen e procesit të punës me zhvillimin e teknologjive, zëvendësimin e asaj që është e rrezikshme me atë që nuk është e rrezikshme, dhe ndërmarrjen e masave parandaluese gjithëpërfshirëse.

Punëdhësi është i detyruar që sipas nenit 22 pika 1 të ligjit Nr. 9634, datë 30.10.2006 "Për inspektimin e punës", të njoftojë menjëherë Inspektoratin për të gjitha aksidentet në punë, që shoqërohen me vdekje ose jo, si dhe për sëmundjet profesionale.

Punëdhënësi duhet të raportojë menjëherë institucionet e mëposhtme:

- Inspektoratin Shtetëror të Punës
- Institutin e Sigurimeve Shoqërore
- Organet ligjzbatuese, në incidente që konsiderohen si vepra penale, si aksidente me vdekje
- Institucionet e tjera, në përputhje me rregullat e rregulluara nga një ligj i caktuar (Ligji Nr. 9634, 2006)

2.12.2 Roli i punëmarrësit

Ligji nuk detajon në mënyrë specifike rolin e punëmarrësit, por përmend disa pika kryesore:

- Punëmarrësit kanë të drejtën të informohen, këshillohen dhe të marrin pjesë në vendimet që lidhen me sigurinë dhe shëndetin në punë.
- Ata duhet të marrin formimin e duhur për të kuptuar rreziqet dhe masat parandaluese.
- Punëmarrësit kanë detyrime në fushën e sigurisë dhe të shëndetit në punë, por këto detyrime nuk cenojnë parimin e përgjegjësisë së punëdhënësit (Ligji Nr. 10237, 2010).

2.13 Raportimi i aksidenteve në punë

Ekspozimi ndaj rreziqeve të shumta në ambjentet spitalore mund të shkaktojë pasoja në shëndetin e punonjësve nëse nuk raportohen dhe menaxhohen siç duhet. Menaxhimi efektiv i këtyre rreziqeve kërkon identifikimin e tyre në kohë, në mënyrë që të parandalohen dhe të merren masa mbrojtëse përpara se të shkaktojnë humbje apo dëmtime. Disa rreziqe mund të evidentohen vetëm pasi ka ndodhur incidenti, prandaj është thelbësore që të implementohet një sistem identifikimi dhe raportimi i incidenteve si pjesë e strategjisë së menaxhimit të rrezikut (MSHMS, 2007). Drejtori i spitalit, si menaxher kryesor i mjedisit spitalor, ka përgjegjësinë për të siguruar menaxhimin efektiv të rreziqeve spitalore si dhe promovimin e një kulturë sigurie brenda institucionit. Ai është përgjegjës për krijimin dhe zbatimin e politikave që minimizojnë rreziqet dhe garantojnë që çdo incident të raportohet dhe trajtohet në mënyrë të duhur (MSHMS, 2007).

2.13.1 Procesi i raportimit të aksidentit

Çdo punonjës i stafit mjekësor ka përgjegjësi të plotë në raportimin e saktë dhe të menjëhershëm të çdo incidenti/aksidenti që mund të ndodhë gjatë kryerjes së procedurave mjekësore. Kur një incident ndodh, atëherë personeli i përfshirë, duhet të marrë përsipër përgjegjësinë për të dokumentuar ngjarjen nëpërmjet një formati të raportimit të incidentit. Në Spitalin Rajonal "Xhaferr Kongoli", Elbasan, përdoret formulari i njohur si "Formulari i raportimit të incidenteve", i cili është pjesë e dokumenteve të akreditimit të hartuara nga Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. (Shtojca 1)

Ky formular duhet të plotësohet me kujdes, dhe të pasqyrojë vetëm fakte në mënyrë të qartë dhe të plotë, duke shmangur çdo opinion personal që mund të shtrembërojë realitetin e ngjarjes. Në rast se incidenti ka shkaktuar një lëndim të rëndë, i cili e bën punonjësin të paaftë për të përmbushur detyrën e plotësimit të formularit, atëherë një tjetër anëtar i stafit, që ndodhet në shërbim në momentin e incidentit, duhet të marrë përsipër për të përmbyllur këtë proces. Nëse është i përfshirë më shumë se një person, atëherë është e nevojshme që formulari të plotësohet për çdo punonjës të përfshirë, duke pasqyruar me saktësi numrin e personave që kanë marrë pjesë në ngjarje.

Në situatat kur një incident ka ndikim në disa reparte, secili repart duhet të vlerësojë dhe të deklarojë ngjarjen në lidhje me ndikimin dhe pasojat që ka pasur. Pasi të jetë plotësuar formulari, incidenti duhet të raportohet menjëherë tek eprorët përkatës, si drejtori ose kryeinfermieri, duke përdorur formularët e raportimit të incidenteve. Është e rëndësishme që raportimi i të gjitha incidenteve të bëhet menjëherë verbalisht, si dhe me shkrim brenda 24 orëve. Gjithashtu është e rëndësishme që të regjistrohen të dhënat e mundshme të dëshmitarëve, përfshirë emrat, numrat e kontaktit dhe adresat e tyre, pasi këto mund të kërkojnë më vonë për të siguruar deklarata dëshmitarësh. Anëtarët e stafit të cilët janë përfshirë në incident duhet të mbahen të informuar në çdo kohë mbi ecurinë e analizës gjatë të gjitha fazave të saj, duke siguruar transparencë dhe bashkëpunim të plotë në procesin e hetimit (Health for All Project, 2019).

Nëse incidenti ndodh gjatë përdorimit të pajisjeve mjekësore, duhet të plotësohet një raport ku shefi/përgjegjësi i repartit i dorëzon këtë raport drejtorit të institucionit. Raporti me shkrim i hartuar i dërgohet brenda 4 javëve nga momenti i ndodhjes së incidentit, "Sektorit

të Menaxhimit të Pajisjeve Mjekësore" në Ministrinë e Shëndetësisë. Ky sektor harton formularin e raportimit të ngjarjeve të padëshëruara. (Shtojca 2)

Formulari OSHA 301, i titulluar "Raportimi i incidentit të lëndimeve dhe sëmundjeve", është një dokument i standardizuar që përdoret në SHBA për të regjistruar lëndimet dhe sëmundjet që lidhen me punën. Ky formular është pjesë e ruajtjes së të dhënave të "Administratës së Sigurisë dhe Shëndetit në Punë (OSHA)" për punëdhënësit. Formulari përmban informacione rreth incidentit duke ofron një qasje më të detajuar dhe të strukturuar rreth incidentit krahasuar me formularin ekzistues në institucionet tona shëndetësore. (Shtojca 3)

2.14 Plani i menaxhimit të incidenteve/aksidenteve

Drejtori është përgjegjës për identifikimin, analizimin dhe raportimin e të dhënave të incidenteve. Këto të dhëna përfshijnë shqyrtimin dhe analizimin e dokumentacionit, ku fokusi duhet të jetë tek identifikimi i shkakut të dëmtimit. Pasi ka ndodhur incidenti, personi i lënduar duhet të vlerësohet menjëherë për të përcaktuar shkallën e dëmtimit dhe për ti ofruar trajtimin urgjent. Familjarët duhet të informohen sa më shpejt të jetë e mundur për incidentin dhe çdo trajtim të nevojshëm. Nëse shkakun e një incidenti janë pajisjet mjekësore atëherë duhet që pajisja të shënohet qartë "MOS PËRDOR!" derisa të kontrollohet dhe riparohet (HAP, 2019).

Masat që merren mund të jenë parandaluese (veprime që parandalojnë ose ndryshojnë progresin e incidentit drejt dëmtimit), lehtësuese (masa për të lehtësuar dëmtimin pas një incidenti, si menaxhimi klinik) ose veprime për reduktimin e riskut (hapa për të parandaluar përsëritjen e incidenteve të ngjashme përmes përmirësimit të sistemit të organizimit).

Këto veprime mund t'i drejtohen stafit nëpërmjet trajnimeve për të përditësuar njohuritë e tyre në përdorimin e pajisjeve të reja, si dhe në zbatimin e rregullores bazë të kontrollit të infeksionit (HAP, 2019).

2.15 Rëndësia e kryerjes së trajnimeve për sigurinë në punë

Personeli shëndetësor duhet të jetë i pajisur me njohuri të mjaftueshme lidhur me të gjitha llojet e rreziqeve që mund të hasin gjatë aktivitetit të tyre në ambjentet spitalore. Kjo përfshin të kuptuarit e pasojave të këtyre rreziqeve dhe zbatimin e masave parandaluese.

Ata duhet të realizojnë trajnime për sigurinë në punë në mënyrë që të ruajnë shëndetin dhe mirëqenien fizike dhe psikologjike, si dhe të ofrojnë një mjedis të sigurt për pacientët (Naithani et al., 2021). Trajnimet e rregullta mbi procedurat e sigurisë do të ndihmonin personelin mjekësor në identifikimin dhe menaxhimin e rreziqeve të ndryshme si: infeksionet spitalore, dëmtimet muskulo-skeletike dhe stresi psikologjik. Trajnimet duhet të përfshijnë njohjen e simptomave fiziologjike pas ekspozimit ndaj substancave të rrezikshme, procedurat e duhura të dekontaminimit, teknikat e trajtimit manual dhe mënyrat e menaxhimit të stresit gjatë kryerjes së procedurave mjekësore. Një rëndësi të veçantë përbën informimi lidhur me përdorimin, mirëmbajtjen dhe kujdesin e PPE (Lugah et al., 2010).

Programet e trajnimit duhet të zhvillohen bazuar në manuale dhe protokolle të standartizuara. Këto trajnime janë thelbësore për të ndihmuar punonjësit e shëndetësisë në menaxhimin më të mirë të dhunës në vendin e punës gjatë kryerjes së procedurave mjekësore (Abozaid et al., 2022; Kynoch et al., 2024). Kryerja e këtyre trajnime rrit ndërgjegjësimin e stafit mjekësor për përdorimin e PPE, për respektimin e kushteve të higjienës si dhe përmirëson aftësitë e stafit për menaxhimin e duhur të ekspozimeve të mundshme. Studime ndërkombëtare kanë treguar se ndërhyrjet edukative rrisin ndjeshëm njohuritë dhe përmirësojnë përdorimin e sigurtë të PPE nga ana e stafit mjekësor (Houghton et al., 2020; de Almeida Lima et al., 2025). Përveç reduktimit të numrit të aksidenteve dhe sëmundjeve profesionale, këto trajnime gjithashtu rrisin besimin dhe sigurinë e punonjësve, duke integruar një kulturë të sigurt në vendin e punës (WHO, 2002).

2.16 Rëndësia e imunizimit të punonjësve të kujdesit shëndetësor

Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO, 2023) ka publikuar udhëzime të detajuara për vaksinimin e punonjësve të kujdesit shëndetësor, me qëllimin e mbrojtjes së tyre dhe të pacientëve nga sëmundjet që mund të parandalohen. Vaksinimi është thelbësor për të garantuar një ambient të sigurt pune në institucionet shëndetësore, duke u kërkuar punonjësve që të jenë të vaksinuar, përveç rasteve kur ata përjashtohen sipas kritereve të përcaktuara. Vaksinat e rekomanduara janë:

- ✓ BCG (Bacillus Calmette-Guér) – Vaksinimi BCG rekomandohet për personat e pavaksinuar TST-ose IGRA-negativë që kanë rrezik të ulët ose të lartë për tu ekspozuar

ndaj TBC në ambjentin e punës (p.sh. punonjësit e kujdesit shëndetësor, punonjësit e laboratorit, studentët e mjekësisë, punonjësit e burgjeve, individë të tjerë me ekspozim profesional).

- ✓ Hepatiti B- Imunizimi ndaj hepatitit B rekomandohet për grupet që kanë rrezik infektimi dhe që nuk janë vaksinuar më parë (p.sh. punonjësit e kujdesit shëndetësor që mund të ekspozohen ndaj gjakut gjatë procedurave mjekësore).
- ✓ Poliomieli – Të gjithë punonjësit e kujdesit shëndetësor duhet të aplikojnë vaksinën kundër poliomielitit.
- ✓ Difteria – Punonjësit e kujdesit shëndetësor që kanë rrezik për tu ekspozuar ndaj difterisë duhet të aplikojnë imunizimin ashtu siç rekomandohet në vendin e tyre.
- ✓ Fruthi – Të gjithë punonjësit duhet të kenë kryer vaksinën e fruthit dhe duhet të kërkohet dokumentacioni për të vërtetuar imunizimin si kusht i punësimit.
- ✓ Rubeola – Nëse vaksinimi ndaj rubeolës është pjesë e programin kombëtar të vaksinimit duhet të këkohen prova/dokumentim të imunizimit si kusht për punësim.
- ✓ Meningokoku – Rekomandohet një dozë përforcuese 3-5 vite pas dozimit të parë, kryesisht personave që janë në rrezik të vazhdueshëm ekspozimi, si psh punonjësit e kujdesit shëndetësor.
- ✓ Gripi – Rekomandohet imunizimi vjetor për punonjësit e shëndetësisë me një dozë të vetme të vaksinës ndaj gripit.
- ✓ Variçela – Duhet të meret në konsideratë vaksinimi i punonjësve të kujdesit shëndetësor që janë të pavaksinuar dhe pa histori të variçelës duke aplikuar 2 doza të vaksinës.
- ✓ Kolla e mirë – Punonjësit e kujdesit shëndetësor duhet të kenë përparësi në aplikimin e vaksinës së kollës së mire për shkak të rrezikut të shtuar për tu ekspozuar.

Aktualisht, në Shqipëri mungon një plan kombëtar specifik për vaksinimin e detyruar të punonjësve të kujdesit shëndetësor. Dokumenti ekzistues, si “Plani kombëtar i vaksinimit ndaj COVID-19”, fokusohet kryesisht në aspekte të lidhura me pandeminë COVID-19 dhe nuk ekziston një udhëzues i veçantë ose manual i detajuar për vaksinimin e punonjësve shëndetësorë në përgjithësi. Ky plan fokusohet në adresimin për imunizimin e punonjësve të vijës së parë gjatë pandemisë, por nuk përcakton politika të qëndrueshme për vaksinimin rutinë të këtyre punonjësve në kontekst më të gjerë.

2.17 Profilaksia pas ekspozimit (PEP)

Garantimi i sigurisë dhe shëndetit për stafin mjekësor lidhet me zbatimin e një sërë protokolleve të cilat duhet të aplikohen me përpikmëri brenda institucioneve të kujdesit shëndetësor për të minimizuar rrezikun e transmetimit të infeksionit si dhe për të ruajtur një mjedis të sigurt pune.

Për çdo punonjës të ri të kujdesit shëndetësor duhet të meret anamneza për të identifikuar nëse ka ndonjë sëmundjeve infektive ose jo, si dhe sigurohet vaksinimi ndaj sëmundjeve që mund të parandalohen nëpërmjet aplikimit të vaksinës. Punonjësit që paraqesin simptoma të sëmundjeve infektive ose që janë të prekur ndaj një infeksioni, duhet të vlerësohen menjëherë nga një profesionist i kujdesit shëndetësor si dhe ju jepet leje mjekësore deri në shërimin e tyre të plotë për të parandaluar përhapjen e mëtejshme të infeksionit. Një rëndësi të veçantë përbën zbatimi i masave për pastrimin e mjediseve të punës, veçanërisht në rastet e kontaminimit me materiale infektive si (gjaku, plazëm, sekrecione të tjera trupore). Këto masa duhet të respektohen rreptësisht në mënyrë që të eliminohen burimet e mundshme të infeksionit si dhe të sigurohet një mjedis steril. I gjithë stafi mjekësor duhet t'i nënshtrohet kontrolleve periodike shëndetësore të paktën një herë në vit, duke përfshirë testimin për hepatitin B, hepatitin C dhe HIV. Rezultatet e këtyre analizave duhet të dokumentohen me kujdes për të monitoruar gjendjen shëndetësore të personelit dhe për të zbatuar masat e duhura nëse identifikohet ndonjë infeksion i mundshëm.

Pas përdorimit të instrumenteve të mprehta, është e domosdoshme që punonjësit e kujdesit shëndetësor të mos vendosin asnjëherë kapuçin e agës. Agjet e përdorura duhet të hidhen menjëherë në kontenerët për objektet e mprehta dhe shpuese për të parandaluar dëmtimet aksidentale dhe infeksionet e mundshme (ISHP, 2012).

2.17.1 Profilaksia pas shpimit aksidental me age/mjet tjetër të mprehtë

- Në rastet e shpimit aksidental me gjilpërë ose dëmtimit me një pajisje potencialisht të kontaminuar (p.sh. gjak ose plazëm), duhet nxitur menjëherë gjakderdhja nga vendi i shpimit duke e shtrydhur butësisht zonën.
- Më pas, kryhet larja mirë me sapun dhe me ujë të rrjedhshëm për të paktën 15 minuta duke shmangur përdorimin e dezinfektuesit me bazë alkooli, pasi mund të fiksojë ndotësit në plagë (WHO, 2018). Duhet të sigurohet që plaga ose zona e dëmtuar të mbulohet me një material të papërshkueshëm nga uji.
- Pasi ka ndodhur shpimi aksidental, punonjësi duhet t'ia raportojë menjëherë shefit të repartit ose kryeinfermieres. Ky incident duhet të dokumentohet në një regjistër të dedikuar që gjendet në çdo repart. Ky regjistër duhet të përmbajë detaje të gjendjes shëndetësore të punonjësve, duke përfshirë rezultatet e analizave laboratorike, kalendarin e vaksinimit dhe dozën e vaksinave (ISHP, 2012).

2.17.2 Testimi i rasteve të ekspozuara ndaj HIV, hepatitit B dhe hepatitit C

Të kryhen testime për identifikimin e infeksioneve të cilat transmetohen me anë të shpimeve si hepatiti B, hepatiti C dhe HIV ku kontrolli i parë duhet të kryhet në momentin e shpimit, ndërsa kontrolli i dytë duhet të realizohet pas dy-tre muajsh. Rekomandohet që të bëhet testimi për hepatitin B (HBsAg), hepatitin C (anti -HCV) dhe HIV (testet e antittrupave) për të përcaktuar nëse punonjësi i lënduar duhet të vaksionohet ose jo (WHO, 2018). Në manualin e OBSH përmendet edhe monitorimi i rasteve të ekspozuar ndaj ethes hemoragjike, ku rekomandohet inspektimi dy herë në ditë për 21 ditë. Në manualin e ISHP nuk përmendet monitorimi i rasteve me ethe hemoragjike.

Kryhet testimi anti-HCV brenda 48 orëve nga ekspozimi për të vlerësuar nëse infeksioni ka qënë para-ekzistues ose jo. Testimi vijues përfshin testin e acidit nukleik (TAN) për HCV ARN i cili kryhet 3-6 javë pas ekspozimit. Ky test është thelbësor pasi HCV ARN zakonisht evidentohet brenda 1 deri në 2 javë pas ekspozimit. Nëse punonjësi rezulton që të jetë negativ në 3-6 javë pas ekspozimit, rekomandohet një test përfundimtar për anti-HCV në 4-6 muaj pas ekspozimit.

Nëse rezulton që të jetë pozitiv për HCV ARN atëherë duhet t'i referohet kujdesit shëndetësor (Moorman et al., 2020).

2.17.3 Profilaksia pas ekspozimit ndaj HIV, hepatitit B dhe hepatitit C

Bazuar në udhëzimet e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO, 2018), parimet kryesore të profilaksisë pas ekspozimit (PEP) përfshijnë procedurat e mëposhtme:

- Pas një ekspozimi të mundshëm ndaj HIV, PEP duhet të fillojë sa më shpejt që të jetë e mundur, idealisht brenda 72 orëve. Kjo rekomandohet për të gjithë punonjësit që kanë pasur një ekspozim që mund të çojë në transmetimin e HIV.
- Identifikimi i burimit të ekspozimit për infeksionin HIV, duke njohur paraprakisht situatën epidemiologjike (incidence, prevalencë) në nivel vendor.
- Në ekspozimet parenterale ose ekspozimet mukozale rekomandohet aplikimi i PEP. Kontakti me lëngjet trupore si gjak, sputum me gjak, qumësht gjiri, sekrecione genitale, lëngjet si: cerebrospinale, amniotik, rektal, peritoneal, sinovial, perikardial ose pleural përbën rrezik për infektimin ndaj HIV.
- PEP nuk është e indikuar në rastet kur individi i ekspozuar është tashmë HIV-pozitiv ndërsa burimi i infeksionit është i konfirmuar si HIV-negativ. Rastet të tjera të kundërlindimit të PEP përfshijnë edhe kur punonjësi ekspozohet ndaj lëngjeve trupore që nuk paraqesin rrezik të konsiderueshëm, siç janë lotët, pështyma pa gjak, urina dhe djersa.
- Në individët e ekspozuar që nuk e kanë mundësinë për të marrë shërbimet brenda 72 orëve, PEP duhet të ofrohet idealisht brenda kësaj kohe, duhet tju jepen udhëzime për kujdesin e mëtejshëm shëndetësor ose referime drejt shërbimeve të specializuara edhe nëse ata paraqiten më vonë se 72 orë pas ekspozimit.
- Në rastet kur burimi është identifikuar në rrezik të lartë për infektimin me HIV ose në zonat ku prevalenca e HIV-it paraqitet e lartë, në secilin prej rasteve të ekspozimi duhet të aplikohet PEP, pa qenë nevoja e një vlerësimi të detajuar të rreziku.

Vlerësimi i individit të ekspozuar ndaj HIV-it përfshin:

- analizimin e mënyrës së ekspozimit
- përcaktimin nëse është kandidat për aplikimin e PEP ose jo
- testimin për HIV të individit dhe burimit (nëse është e mundur)
- dhënien e ndihmës së parë në raste plagësh

Menaxhimi i ekspozimit të mundshëm ndaj HIV-it

Për të siguruar një qasje të plotë dhe efektive, është e rëndësishme të ofrohet këshillim dhe informacion i detajuar mbi rrezikun e HIV-it, përfitimet dhe efektet anësore të aplikimit të PEP, si dhe rëndësinë e ndjekjes së trajtimit. Në rastet e sulmeve seksuale, duhet të ofrohet ndihmë e specializuar e cila përfshin këshillimin dhe terapinë emocionale si dhe ekzaminime mjekësore dhe mjeko-ligjore. Trajtimi me PEP përfshin një recetë 28-ditore të barnave antiretrovirale të përshtatshme sipas moshës që duhet të fillohen sa më shpejt të jetë e mundur pas ekspozimit. Ndjekja e vazhdueshme përfshin një testim të HIV-it pas tre muajsh si dhe ofrimin e ndërhyrjeve parandaluese sipas rastit, duke siguruar kështu vazhdimësinë e trajtimit në mënyrë efektive dhe të sigurtë.

Vlerësimi dhe menaxhimi i ekspozimit të mundshëm ndaj hepatiti B dhe C

Vlerësimi i rrezikut të transmetimit të HBV dhe virusi HCV veçanërisht në mjedisin e kujdesit shëndetësor, është një proces i domosdoshëm duke qenë se rreziku i transmetimit të këtyre viruseve është më i lartë se në rastet e HIV-it. Ky proces përfshin:

- Vaksinimin e mëparshëm ndaj HBV, duke ofruar vaksinimin sipas planeve kombëtare të imunizimit për moshën e përshtatshme.
- Përdorimin e imunoglobulinës së hepatitit B. Brenda 24 orëve nga ekspozimi, veçanërisht për ata që nuk janë të vaksinuar ose janë pjesërisht të vaksinuar, duke ofruar kështu mbrojtje të menjëhershme kundër infeksionit.
- Depistimin për HCV në përputhje me udhëzimet e OBSH-së, duke ofruar këshillim për rrezikun e marrjes së HCV dhe duke referuar individët tek specialistët përkatës në rast të serokonversionit, për të siguruar kështu trajtim të menjëhershëm dhe efektive nëse është e nevojshme (WHO, 2018).

2.18 Menaxhimi i mbetjeve spitalore

Mbetjet spitalore përbëjnë një burim të konsiderueshëm rreziku në ambientet shëndetësore, pasi menaxhimi jo i duhur i tyre mund të çojë në infeksione, kontaminim kimik dhe aksidente fizike, që ndikojnë negativisht tek personeli mjekësor dhe pacientët.

Klasifikimi i mbetjeve spitalore

Organizata Botërore e Shëndetësisë (WHO, 2014) i ndan mbetjet spitalore në dy grupe kryesore, në varësi të rrezikshmërisë që paraqesin:

1. mbetje të rrezikshme (15% të mbetjeve spitalore)

2. mbetje të parrezikshme (85% të mbetjeve spitalore)

Sipas OBSH, ekzistojnë disa kategori brenda grupeve kryesore të mbetjeve spitalore (WHO, 2014):

Mbetjet e rrezikshme

1. Mbetjet e mprehta- përfshijnë objektet e mprehta, të përdorura ose të papërdorura (age intravenoze, shiringa e bashkangjitur me agen, bisturi, thika etj).
2. Mbetjet infektive- përbëjnë mbetjet e kontaminuara me gjak dhe lëngje të tjera trupore, mbetjet e ndotura me patogjenë (baktere, viruse, parazit), mbetje të kulturave laboratorike, mbetje nga pacientët e infektuar.
3. Mbetje patologjike- përfshijnë indet, organet ose lëngjet trupore, placentat, fetuset, organet e trupit, pjesë të trupit pas një amputacioni. Këto mbetje kanë si burim procese të ndryshme kirurgjikale/mjekësore, autopsi.
4. Mbetjet farmaceutike/mbetje citotoksike- në këtë kategori bëjnë pjesë produkte farmaceutike të skaduara ose të papërdorshme, si psh: barnat, vaksinat, serumet.
5. Mbetjet kimike- përfshihen mbetjet që përmbajnë substanca kimike (si p.sh. reagentë laboratorikë, substancat kimike të përdorura për filma fotografik për procedura diagnostikuese, dezinfektues që kanë skaduar ose nuk nevojiten më, mbetje me përmbajtje të lartë të metaleve të rënda etj.).
6. Mbetjet radioaktive – përfshihen mbetjet që përmbajnë substanca radioaktive (si p.sh. lëngje trupore të papërdorura në ekzaminime laboratorike ose ekzaminime imazherike që përmbajnë substanca radioaktive, enë qelqi e kontaminuar, pako ose letër absorbuese etj.)

Mbetje jo të rrezikshme ose të përgjithshme- përfshijnë mbetjet që nuk paraqesin ndonjë rrezik të veçantë, ku bëjnë pjesë mbetjet të cilat vijnë nga sektori i administratës dhe kuzhinës si psh letra, kartonë (Chartier et al., 2014).

Në institucionet shëndetësore është e rëndësishme që të bëhet menaxhimi i sigurt i mbetjeve spitalore për të parandaluar rreziqet e shkaktuara si në personelin shëndetësor ashtu edhe në mjediset spitalore. Stafi mjekësor duhet të jetë i njohur me procesin e ndarjes së mbetjeve spitalore, ruajtjes së tyre, si dhe ambalazhimin dhe etiketimin e duhur për të siguruar trajtimin dhe transportin e sigurt. Njohja e këtyre koncepteve jo vetëm që përmirëson praktikën e menaxhimit të mbetjeve, por rrit edhe ndërgjegjësimin dhe

përgjegjësinë e stafit për të minimizuar rreziqet dhe për të mbrojtur shëndetin publik dhe mjedisor. Hartimi i një plani për menaxhimin e mbetjeve dhe trajnimin e stafit janë thelbësore për të siguruar një menaxhim efikas dhe të qëndrueshëm të tyre në mjediset e kujdesit shëndetësor (Gao et al., 2025).

2.19 Masat paraprake standarde

Centers for Disease Control and Prevention (CDC) prezantoi termin “masat paraprake universale” në vitin 1988, kryesisht si reagim ndaj prevalencës së HIV-it si dhe për të parandaluar ekspozimin në punë të punonjësve ndaj viruseve të transmetuara nëpërmjet gjakut (Curran, 2015). Masat paraprake universale janë një grup udhëzimesh të cilat shërbejnë për të parandaluar transmetimin e patogjenëve nga ekspozimi i gjakut dhe materialeve të tjera potencialisht infektive (OPIM). Në grupin e OPIM të përcaktuara nga Occupational Safety and Health Administration (OSHA) përfshihen:

- lëngjet e trupit të njeriut (sperma, sekrecionet vaginale, lëngu cerebrospinal, lëngu sinovial, lëngu pleural, lëngu perikardial, lëngu peritoneal, lëngu amniotik, pështyma në procedurat dentare, çdo lëng trupor i kontaminuar me gjak)
- indet ose organet që mund të përmbajnë patogjenë nga një njeri i gjallë ose i vdekur
- kulturat e qelizave ose indeve që përmbajnë HIV ose HBV, organet ose indet e tjera nga kafshët eksperimentale të infektuara me HIV ose HBV (Broussard & Kahwaji, 2023).

Shpërthimet globale të sëmundjeve infektive rritën ndërgjegjësimin për mbrojtjen e profesionistëve të shëndetësisë ndaj këtyre sëmundjeve. Rritja e nivelit të njohurive për disa patogjenë infektivë ndikuan në ndryshimin e protokollit të hartuar nga CDC ku në vitin 1996, CDC ndryshoi emërtimin nga “Masat Universale” në “Masat Paraprake Standarde”. Ky ndryshim synonte që të përmirësonte masat mbrojtëse të zbatuara nga profesionistët e shëndetësisë që kishin kontakt me pacientët si dhe të reduktonte rrezikun e transmetimit të infeksioneve spitalore dhe ekspozimin ndaj viruseve të transmetuara nëpërmjet gjakut (Garner, 1996; West & Cohen, 1997). Në vitin 2007 CDC përditësoj masat paraprake standarde duke shtuar higjienën e frymëmarrjes dhe praktikën e sigurtë të injektimit. Këto ndryshime u ndikuan nga shpërthimet e shumta të infeksioneve të transmetuara nëpërmjet gjakut, të cilat u shkaktuan nga nevoja dhe ripërdorimi i pajisjeve

mbrojtëse (Siegel et al 2007). Udhëzimet për masat paraprake standarde të hartuara nga OBSH-ja (2022) përfshijnë një numër më të kufizuar veprimesh krahasuar me udhëzuesin e CDC (Siegel et al 2007), ku ky i fundit ka bërë dhe përditësimin vitin e kaluar, shtator 2024.

Masat paraprake standarde bazuar në udhëzuesin e CDC janë:

- Higjena e duarve

Larja e duarve është një nga praktikat më të rëndësishme të kontrollit të infeksioneve në mjediset e kujdesit shëndetësor. Rëndësia e larjes së duarve u njoh që në shekullin e 19 nga Ignaz Semmelweis dhe Oliver Wendell Holmes, të cilët vunë në dukje se duart e personelit shëndetësor mund të transmetojnë sëmundje. Larja e duarve duhet të aplikohet para dhe pas kontaktit me gjakun, lëngjet trupore, sekrecionet, jashtëqitjet dhe sendet e kontaminuara, pavarësisht nëse janë përdorur doreza ose jo. Larja e duarve është e rëndësishme që të aplikohet menjëherë pas heqjes së dorezave dhe midis kontakteve me pacientë të ndryshëm për të shmangur transferimin e mikro-organizmave në pacientë ose mjedise të tjera. Për larjen rutinë, përdoret sapun i thjeshtë (jo antimikrobik) të paktën 15 sekonda, ndërsa në raste specifike, si në infeksionet hiperendemike, mund të përdoren agjentë antimikrobikë ose antiseptikë pa ujë. Larja e duarve ndërmjet procedurave të aplikuara në të njëjtin pacient mund të jetë e nevojshme për të parandaluar kontaminimin e kryqëzuar në vende të ndryshme të trupit (CDC, 2002).

- Përdorimi i paisjeve mbrojtëse personale

Dorezat

Dorezat duhen të vendosen menjëherë në procedurat që kanë mundësi ekspozimi ndaj: gjakut, lëngjeve trupore, sekrecioneve, jashtëqitjeve, sendeve të kontaminuara, membranave mukoze. Dorezat duhet të hiqen menjëherë pas përdorimit, përpara se të preken sendet e pa kontaminuara dhe sipërfaqet mjedisore si dhe përpara se të aplikohet një procedure në një pacient tjetër. Këshillohet kryerja e higjenës së duarve menjëherë pas heqjes së dorezave.

Përparsja

Rekomandohet veshja e një përparëse të pastër, jo sterile për të mbrojtur lëkurën dhe veshjet gjatë procedurave të kujdesit ndaj pacientit kur parashikohet kontakti me gjakun,

lëngjet e trupit, sekrecionet ose jashtëqitjet. Zgjidhet një përparse e përshtatshme për ndërhyrjen dhe sasinë e parashikuar të ekspozimit ndaj lëngjeve, në mënyrë që të sigurohet një mbulim i plotë i krahëve dhe i trupit. Përparsja duhet të hiqet menjëherë, të kthehet nga pjesa e brëndshme dhe të hidhet në kontenitorin e posaçëm.

Maska, mbrojtëset për sytë (syze) dhe maskë e plotë për fytyrën

Vendosja e një maske dhe mbrojtësve për sytë (syze) ose maskë e plotë për fytyrën këshillohet gjatë procedurave të kujdesit ndaj pacientit që ka rrezik për ekspozimin ndaj lëngjeve dhe sekrecioneve trupore. Maskat duhet të vendosen në pacientët me kollë për të kufizuar përhapjen e mundshme të sëmundjeve respiratore infektive nga pacienti tek individët e tjerë. Maskat mund të përdoren në kombinim me syzet për të mbrojtur gojën, hundën dhe sytë. Syzet duhet të jenë të rehatshme që të lejojnë shikim të mjaftueshëm qëndror dhe periferik si dhe rekomandohen syze me ajrim indirekt me anti-mjegull për të shmangur mbulimin e syzeve me avull.

Maska e plotë për fytyrën ofron mbrojtje më të plotë në krahasim me përdorimin e maskës për mbulimin e gojës dhe syzeve. Ajo mbulon të gjithë fytyrën dhe mund të përdoret në vend të maskës normale dhe syzeve në situatat ku ekspozimi ndaj lëngjeve dhe sekrecioneve trupore është i lartë (CDC, 2025).

▪ *Etika e higjenës respiratore/kollës*

Mbrojtja e rrugëve respiratore parandalon thithjen e grimcave infektive, duke rekomanduar përdorimin e respiratorëve me filtrim N95 ose më të lartë. Në SHBA, programi i OSHA-s përfshin vlerësim mjekësor, pajisje të përshtatshme, trajnim dhe rivlerësim periodik për mbrojtjen e profesionistëve nga materialet toksike (OSHA, 2020).

Testimi i përshtatjes siguron mbylljen e duhur të respiratorit me fytyrën. Fillimisht i rekomanduar për personelin e ekspozuar ndaj TB, CDC tani këshillon respiratorë N95 ose më të lartë për raste të dyshuara apo të konfirmuara me TB dhe për sëmundje të tjera respiratore si SARS-CoV, lija, gripi dhe gjatë procedurave si intubimi apo bronkoskopia. Masa të ngjashme zbatohen për fruthin dhe variçelën, me izolim në dhoma me presion negativ. Respiratorët për TB mund të ripërdoren nga i njëjti punonjës nëse janë të paprekur, të pastër dhe jo të kontaminuar.

▪ *Siguria e përdorimit të mjeteve të mprehta (age, bisturi)*

Parandalimi i lëndimeve nga gjilpërat dhe mjetet e mprehta është thelbësor për të mbrojtur punonjësit në mjediset e kujdesit shëndetësor nga patogjenët e gjakut si HBV, HCV dhe HIV. Në 1991 OSHA-ja ka publikuar për herë të parë “Standardin e patogjenëve në gjak”, ku fokusi kryesor ka qënë zbatimi i hierarkisë së kontrollit (Denault & Gardner, 2023).

Masat paraprake për dëmtimet nga mjetet e mprehta përfshijnë:

- Eliminimin - Shmangia e përdorimit të shiringave të zakonshme në rastet kur ka alternativa të tjera më të sigurta.
- Kontrollat inxhinierike - Duhet të përdoren pajisje të sigurta si shiringa me age që tërhiqet automatikisht dhe kontenierë për mjete të mprehta mjekësore.
- Kontrollat administrative - Aplikimi i programeve trajnuese për të siguruar praktika të sigurta të ndërhyrjeve mjekësore dhe asgjësimit të mbetjeve.
- Kontrollat e praktikës së punës - Shmanget vendosja e kapuçit të ages pas ndërhyrjes së aplikuar, rekomandohet përdorimi i dorezave të dyfishta si dhe hedhja në kontenierët përkatës të mbetjeve të mprehta.
- Pajisjet mbrojtëse personale (PPE) - Rëndësi të veçantë përbën përdorimi i PPE gjatë procedurave mjekësore.

Masat paraprake për kontaktet me mukozën përfshijnë:

- ✓ Praktikrat e sigurta të punës dhe veshja e PPE për të mbrojtur mukozën nga kontakti me materialet potencialisht infektive.
- ✓ Shmangia e prekjes së gojës, hundës, syve ose fytyrës me duar të kontaminuara (me ose pa doreza).
- ✓ Pozicionimi i pacientëve për të drejtuar spërklat dhe shpërndarjen e tyre larg fytyrës së personelit shëndetësor.
- ✓ Përdorimi i maskave të xhepit, maskave reanimuese me valvula njëdrejtimshe dhe pajisje të tjera ventilimi si një alternativë ndaj reanimimit gojë-më-gojë, duke parandaluar ekspozimin e hundës dhe gojës ndaj lëngjeve orale dhe respiratore të pacientit.

Masat paraprake gjatë procedurave që çlirojnë aerosol janë:

- ✓ Rekomandohet mbrojtja e syve, hundës dhe gojës, përveç veshjes së përparës dhe dorezave gjatë kryerjes së procedurave si bronkoskopia, intubimi endotrakeal, aspirimit të rrugëve respiratore.
- ✓ Rekomandohet përdorimi i një respiratori filtrues të grimcave gjatë procedurave të gjenerimit të aerosolit kur aerosoli ka mundësi të përmbajë *Mycobacterium tuberculosis (M.TB)*, *SARS-CoV*, ose viruse të gripit pandemik.

▪ Sigurimi i vendosjes së duhur të pacientit

Vendosja e pacientëve synon të minimizojë rrezikun e transmetimit të infeksioneve sipas potencialit infektiv. Udhëzimet e CDC rekomandojnë dhoma teke për pacientë me sekrecione të pakontrolluara, imunitet të dobët, vështirësi higjienike ose patogjenë të rëndësishëm. Pacientët me infeksione ajrore (p.sh. tuberkuloz, fruth, variçel) duhet të vendosen në dhoma të izolimit ajror. Në mungesë të dhomave teke, lejohet grupimi i pacientëve me të njëjtin infeksion ose vendosja në dhoma të përbashkëta me ndarje prej të paktën 1 metri për të ulur rrezikun e transmetimit.

▪ Transportimi i pacientit

Pacientët infektivë duhet të transportohen vetëm kur është domosdoshmërisht e nevojshme, pas vlerësimit të rrezikut të transmetimit. Gjatë transportit, duhen zbatuar masa paraprake si vendosja e maskës për infeksione respiratore. Zonat e pritjes duhet të njoftohen për statusin infektiv të pacientit dhe pas transportit, pajisjet si karriget me rrota dhe barrelat duhet të pastrohen e dezinfektohen për të parandaluar përhapjen e infeksionit.

▪ Masat mjedisore

Pastrimi dhe dezinfektimi i rregullt i sipërfaqeve është thelbësor për parandalimin e infeksioneve. Duhet përdorur dezinfektues të miratuar nga EPA, të përshtatur me patogjenët përkatës dhe sipas udhëzimeve të prodhuesit. Rekomandohet orar i rregullt pastrimi, trajtimi i menjëhershëm i derdhjeve të gjakut apo lëngjeve trupore dhe sigurimi i ventilimit adekuat për reduktimin e patogjenëve në ajër dhe mbrojtjen e pacientëve e stafit.

▪ Instrumentet dhe pajisjet e kujdesit ndaj pacientit

Pajisjet e ripërdorshme duhet të pastrohen dhe dezinfektohen midis përdorimeve sipas udhëzimeve përkatëse. Zgjedhja e metodës së dezinfektimit (sterilizim, dezinfektim i nivelit të lartë ose të ulët) bazohet në klasifikimin Spaulding. Për shishet me shumë dozime,

duhet përdorur age dhe shiringë sterile të re për çdo dozë për të shmangur kontaminimin (Siegel et al 2007).

▪ *Materialet tekstile dhe lavanteria*

Menaxhimi i materialeve të ndotura synon të parandalojë përhapjen e mikroorganizmave dhe kontaktin me personelin. Ato duhet vendosur menjëherë në kontenierë të papërshkueshëm dhe transportuar pa rrezik kontaminimi. Në lavanderi, lahen me ujë të nxehtë (të paktën 71°C) dhe detergjentë të përshtatshëm, sipas standardeve të dezinfektimit (CDC, 2003).

2.20 Njohuritë e stafit infermieror lidhur me MPS

Njohuritë e stafit infermieror mbi masat paraprake standarde përbëjnë një komponent thelbësor në parandalimin e infeksioneve të lidhura me kujdesin shëndetësor dhe në sigurimin e një mjedisi klinik të sigurt, si për pacientët ashtu edhe për punonjësit e shëndetësisë. Zbatimi i këtyre masave përfshijnë jo vetëm përgatitjen praktike, por edhe njohuri të konsoliduara mbi bazat shkencore të tyre. Studime të ndryshme tregojnë se infermierët me njohuri të larta kanë më shumë gjasa të kryejnë praktika të sigurta, duke reduktuar kështu transmetimin e mikroorganizmave dhe incidencën e infeksioneve nozokomiale (Al-Faouri et al., 2021; Luo et al., 2010; Da'seh, Al-Zaru, Hayajneh, & Obaid, 2023).

Një studim i kryer në tre spitale ushtarake në Jordani, evidentoi se niveli mesatar i njohurive dhe i zbatimit ishte relativisht i lartë, duke treguar një korrelacion të fortë pozitiv ndërmjet tyre. Këto gjetje evidentuan se sa më të larta të jenë njohuritë, aq më të larta janë gjasat që infermierët të zbatojnë në mënyrë korrekte masat mbrojtëse, duke reduktuar ndjeshëm rrezikun e ekspozimit ndaj infeksioneve (Da'she et al., 2023).

Medeiros et al. (2022) identifikuan se infermierët kishin njohuri të kënaqshme mbi parimet bazë të masave paraprake standarde, megjithatë respektimi praktik i këtyre masave nuk ishte i qëndrueshëm. Studimi sugjeroi se, për të siguruar një zbatim më të lartë, janë të nevojshme trajnime të vazhdueshme dhe monitorim i rregullt i praktikave profesionale.

2.21 Vetë-efikasiteti

Vetë-efikasiteti është një koncept i prezantuar nga Bandura (1977) që i referohet besimit të individëve në aftësitë e tyre për të zgjidhur çdo problem që mund të hasin gjatë jetës së tyre. Vetë-efikasiteti është një nga mekanizmat më të rëndësishëm që ndikojnë në motivimin dhe arritjen e objektivave të vendosur nga vetë individi duke përfshirë të gjithë aspektet e jetës.

Burimet e vetë-efikasitetit

Vetë-efikasiteti mund të jetë i përgjithshëm ose specifik për detyra të caktuara, duke i lejuar individët që të kenë besime të ndryshme për aftësitë e tyre. Teoria kognitive e Bandura-së (1977) propozon se vetë-efikasiteti ndikohet nga katër burime:

1. përvoja e mjeshtërisë (arritjet nga performancat e kaluara)
2. përvoja sociale (modelet e të mësuarit)
3. bindja verbale (inkurajimi verbal)
4. gjendjet fizike dhe emocionale (ankthi, stresi, lodhja)

Në rastet kur një individ ka një nivel të lartë të vetë-efikasitetit për kryerjen e një detyre specifike ose në lidhje me arritjen e një qëllimi të caktuar, atëherë ai/ajo ka më shumë mundësi që të vazhdojë përpjekjet duke mos u ndikuar nga pengesat që mund të shfaqen gjatë rrugës (Bandura, 2006). Besimet e një individi mund të kenë një ndikim të drejtpërdrejtë në mënyrën se si ata ndihen, mendojnë dhe motivojnë veten (Bandura 1994).

2.21.1 Ndikimi i vetë-efikasitetit në praktikën infermiere

Vetë-efikasiteti është një faktor kyç që stimulon praktikën promovuese shëndetësore si dhe rrit motivimin për zhvillimin e praktikave infermiere efektive dhe cilësore (Mittelmark et al., 2017; Sarkar, Fisher, & Schillinger, 2006). Ai ndikon pozitivisht në rritjen e kompetencave profesionale duke përmirësuar mënyrën se si profesionistët e shëndetit i përballlojnë sfidat si dhe ofrimin e kujdesit të personalizuar dhe cilësor për pacientët. Kjo ka bërë që studiuesit ta konsiderojnë vetëefikasitetin si një nga elementët e rëndësishëm të programeve arsimore dhe zhvillimore në fushën e infermierisë (Kim & Sim, 2020; Yu et al., 2021; Yao et al., 2021).

Një studim i kryer në tre spitale në Kinë, ku ishin pjesëmarrës 695 infermierë, synoi të shqyrtonte ndikimin e vetë-efikasitetit në mirëqenien e infermierëve në vendin e punës përmes përshtatjes person-punë dhe ndikimit të aftësive dixhitale. Rezultatet treguan se vetë-efikasiteti ndikoj pozitivisht në mirëqenien e stafit infermior si dhe aftësitë dixhitale forcuan ndikimin e vetë-efikasitetit në përshtatjen person-punë (LY et al., 2023). Studimi i kryer nga Kim dhe Park (2023) përfshiu 438 infermierë në shtatë spitale të Koresë së Jugut. Rezultatet evidentuan korrelacione pozitive midis vetë-efikasitetit, profesionalizmit të stafit infermior si dhe angazhimit në punë. Kompetencat infermiore u konsideruan si faktorë të rëndësishëm në ndërmjetësimin e marrëdhënieve midis vetë-efikasitetit dhe angazhimit në punë, duke sugjeruar që rritja e niveleve të vetë-efikasitetit përmirëson profesionalizmin, i cili nga ana tjetër forcon edhe përkushtimin profesional.

Tomita (2024) realizoi një studim në 75 institucione shëndetësor mbi lidhjen midis vetë-efikasitetit dhe aftësive praktike të 596 infermierëve që ishin në vitin e dytë të punësimit. Përdorimi i një pyetësi online për mbledhjen e të dhënave zbuloi se analiza e strukturës së kovariancës tregoi një lidhje të rëndësishme midis vetë-efikasitetit të përgjithshëm dhe aftësive praktike infermiore. Gjithashtu, analiza e regresionit të shumëfishtë identifikoi se faktorët e vetë-efikasitetit të përgjithshëm si “sjellja positive”, dhe “besimi në aftësitë sociale”, kishin një ndikim pozitiv në praktikat infermiore.

KAPITULLI 3

METODOLOGJIA E STUDIMIT

Studimi është kuantitativ i tipit kros-seksional. Të dhënat e këtij studimi janë mbledhur nëpërmjet një kampioni përfaqësues të stafit infermieror të Spitalit Rajonal "Xhaferr Kongoli" Elbasan, duke përfshirë infermierë me nivele të ndryshme arsimore dhe përvojash profesionale. Kjo metodë u përdor për arritjen e qëllimit të studimit, pasi ofron një panoramë të qartë të nivelit aktual të ekspozimit të stafit infermieror ndaj rreziqeve profesionale dhe sëmundjeve të diagnostikuara në stafin infermieror si edhe shkallën e zbatimit të masave paraprake standard. Ky dizajn lejon vlerësimin e lidhjeve midis nivelit të njohurive, zbatimit të masave paraprake standarde dhe ekspozimeve profesionale gjatë praktikave infermiere. Duke qenë se ky studim është observues, ai nuk ndërhyr në proceset e punës së infermierëve, por është i përqendruar vetëm në analizimin e të dhënave ekzistuese. Studimet kros-seksionale nuk mund të përcaktojnë marrëdhënie shkak-pasojë, por ky dizajn na lejon të identifikojmë lidhje mes faktorëve të ndryshëm (p.sh., përvoja e punës, reparti i punës, niveli i njohurive mbi masat mbrojtëse) dhe shkallës së ekspozimit apo zbatimit të masave standarde. Këto të dhëna mund të përdoren si bazë për studime më të thelluara (Wang & Cheng, 2020).

3.1 Qëllimi i studimit

Ky hulumtim ka si qëllim vlerësimin e nivelit të ekspozimit ndaj rreziqeve spitalore dhe të shkallës së zbatimit të masave paraprake standarde nga stafi infermieror i Spitalit Rajonal "Xhaferr Kongoli", Elbasan.

3.2 Objektivi i përgjithshëm

Identifikimi i faktorëve të rrezikut dhe frekuencës së aksidenteve dhe sëmundjeve të diagnostikuara gjatë ekspozimit profesional tek stafi infermieror si dhe vlerësimi i nivelit të njohurive, zbatimit të masave paraprake standarde dhe shkallës së përgjithshme të vetë-efikasitetit të personelit infermieror në përballimin e sfidave dhe situatave të vështira gjatë ushtrimit të profesionit.

3.3 Objektivat specifike

- Të identifikohen rreziqet spitalore në stafin infermieror të Spitalit Rajonal "Xhaferr Kongoli", Elbasan.
- Të identifikohen faktorët e rrezikut që kontribuojnë në ekspozimin ndaj rreziqeve profesionale dhe llojet e sëmundjeve të diagnostikuara gjatë aktivitetit spitalor.
- Të vlerësohet lidhja midis numrit të aksidenteve biologjike dhe faktorëve të rrezikut.
- Të vlerësohet lidhja midis raportimit të aksidenteve biologjike dhe faktorëve të rrezikut.
- Të përcaktohet niveli i njohurive lidhur me MPS.
- Të përcaktohet niveli i zbatimit lidhur me MPS.
- Të vlerësohet shkalla e përgjithshme e vetë-efikasitetit në stafin infermieror lidhur me përballimin e sfidave dhe situatave të vështira gjatë ushtrimit të profesionit.
- Të vlerësohet lidhja midis nivelit të njohurive dhe vetë-efikasitetit me zbatimin e MPS në stafin infermieror.
- Të identifikohet ndikimi i faktorëve demografikë dhe profesionalë lidhur me nivelin e njohurive të stafit infermieror mbi MPS.
- Të identifikohen dallimet në zbatimin e MPS sipas karakteristikave demografike dhe profesionale.
- Të krahasohet niveli i vetë-efikasitetit sipas karakteristikave demografike dhe profesionale.
- Të identifikohen faktorët që ndikojnë në zbatimin e MPS.
- Të ofrohen rekomandime për përmirësimin e praktikave të sigurisë dhe shëndetit në punë për stafin infermieror, bazuar në gjetjet e studimit.

3.4 Hipotezat e studimit

1. Aksidentet biologjike janë më të shpeshta në stafin infermieror që ka më pak eksperiencë pune (1-5 vite) krahasuar me ata që kanë eksperiencë më të gjatë.
2. Infermierët që punojnë në repartin e reanimacionit, kanë një frekuencë më të lartë të aksidenteve biologjike krahasuar me ata që punojnë në reparte të tjera.
3. Një nivel i lartë i njohurive mbi serologjinë e pacientit shoqërohet me një shkallë më të lartë të raportimit të aksidenteve biologjike.

4. Infermierët me nivel të lartë të njohurive kanë një zbatim më të mirë të MPS.
5. Infermierët me eksperiencë të gjatë në punë kanë një nivel më të lartë të zbatimit të MPS.
6. Niveli i lartë i vetë-efikasitetit në stafin infermieror është i lidhur ngushtë me zbatimin më të mirë të MPS gjatë praktikave infermierore.

3.5 Fusha e studimit

Ky studim fokusohet në vlerësimin e rreziqeve spitalore dhe masave të sigurisë në stafin infermieror, një aspekt thelbësor për ruajtjen e shëndetit dhe mirëqenies së profesionistëve të kujdesit shëndetësor. Në kontekstin e sistemit shëndetësor shqiptar, menaxhimi i rreziqeve profesionale përballët me sfida të shumta, përfshirë mungesën e protokolleve të qarta dhe të standardizuara për identifikimin dhe trajtimin e rreziqeve.

Kjo analizë ka evidentuar mungesën e studimeve të thelluara mbi këtë problematikë në literaturën akademike të vendin tonë, duke treguar se hulumtimet ekzistuese janë të fokusura më shumë në aspektet klinike sesa në masat e sigurisë dhe menaxhimin e rreziqeve spitalore. Për më tepër, dinamika e jetës së përditshme në mjediset spitalore ka shërbyer si një katalizator për zgjedhjen e kësaj teme studimi, me qëllimin e ndërgjegjësimit mbi rëndësinë e një ambienti të sigurt pune.

Ky hulumtim do të kontribuojë në zhvillimin e politikave dhe praktikave më efektive për menaxhimin e rreziqeve, duke promovuar një kulturë sigurie që mbështet shëndetin dhe mirëqenien e stafit infermieror.

3.6 Periudha kohore e studimit

Procesi i realizimit të këtij studimi përfshiu periudhën kohore nga viti 2022 deri në vitin 2025. Sipas kalendarit të raportuar të aktiviteteve përfshihej:

Faza e parë e studimit, e cila u orientua drejt rishikimit të literaturës dhe grumbullimit të të dhënave në lidhje me qëllimin e studimit, duke identifikuar studimet kombëtare dhe ndërkombëtare mbi rreziqet spitalore. Ky hulumtim kishte si qëllim të ofronte një përmbledhje të situatës aktuale dhe një panoramë më të qartë të kësaj problematike profesionale, duke kontribuar në identifikimin e boshllëqeve në literaturë dhe nevojave për

kërkime të mëtejshme shkencore, si edhe përzgjedhjen e pyetësorit të përshtatshëm për përmbushjen e objektivave të studimit tonë.

Faza e dytë përfshinte shpërndarjen e pyetësorëve në popullatën e synuar në dy periudha të ndryshme kohore, me qëllim identifikimin e qartë të problematikave të studimit dhe shmangien e mbingarkesës së stafit infermior me materiale voluminoze, si dhe grumbullimin e të dhënave. Kjo strategji gjithashtu ndihmoi në vlerësimin e ndryshimeve në kohë të ekspozimit ndaj rrezikut biologjik, duke pasur parasysh se në rishikimin e literaturës ishte identifikuar si një nga format më të zakonshme të ekspozimit për stafin infermior.

Faza e tretë përfshinte analizimin dhe interpretimin e të dhënave, si dhe realizimin e shkrimit të këtij disertacioni i cili pasqyron rezultatet dhe rekomandimet për përmirësimin e masave të sigurisë dhe menaxhimit të rreziqeve spitalore në stafin infermior.

3.7 Kampioni i studimit

Popullata e synuar për këtë studim përfshinte të gjithë stafin infermior të Spitalit Rajonal “Xhaferr Kongoli”, Elbasan. Sipas të dhënave të deklaruara nga Drejtoria Rajonale e këtij spitali, numri i infermierëve që ushtronin aktivitetin në ambjentet spitalore gjatë periudhës qershor 2023 - dhjetor 2024 ishte 269.

Mënyra e përzgjedhjes së kampionit ishte jo probabilitare, me konvencienë.

Madhësia e kampionit përfaqësues të popullatës së synuar u përllogarit duke përdorur kalkulatorin e madhësisë së kampionit (Raosoft Incorporation) me një nivel besueshmërie prej 95% dhe një kufi gabimi prej 3% duke marrë në konsideratë se numri total i infermierëve ishte 269 (Raosoft, 2024). Në këtë rast, formula sugjeroi një madhësi kampioni prej 159 infermierësh, por ne zgjodhëm të përdorim një kampion prej 223 infermierësh në kampionin e parë dhe 175 infermierë në kampionin e dytë, me qëllim të një përfaqësimi më të saktë të popullatës. Ky vendim u mbështet në parimin se një kampion më i madh mund të ofrojë vlerësime më të besueshme të parametrave të popullatës.

Pjesa tjetër e pyetësorëve u përjashtuan nga analiza statistikore pasi në disa pyetësorë nuk ishin plotësuar të gjithë variablat e nevojshëm ndërsa në pyetësorët e tjerë u evidentua se ishin staf që kishin më pak se një vit përvojë pune.

3.8 Kriteret përfshirëse dhe përjashtuese

Në kuadër të studimit, janë përcaktuar kriteret e përfshirjes dhe kriteret e përjashtimit për pjesëmarrësit në pyetësor, të cilat janë thelbësore për të siguruar që të dhënat e grumbulluara të jenë të dobishme dhe të vlefshme.

Kriteret e përfshirjes

- ✓ Infermierët që shprehën pëlqimin e tyre për të marrë pjesë në studim.
- ✓ Infermierët që punonin me kohë të plotë në repartet spitalore (infektiv, obsetrikë-gjinekologji, orl, ortopedi-traumatologji, patologji, reanimacion, kirurgji, urgjencë, sallë operate, neurologji, pediatri, kardiologji, dializë) ishin pjesëmarrës në studim.

Kriteret e përjashtimit

1. Eksperienca në punë

Pjesëmarrësit duhet të kishin një minimum prej një viti eksperiencë pune si infermierë. Kjo kërkesë është vendosur për të siguruar se infermierët që plotësojnë pyetësorin kanë njohuri të mjaftueshme mbi praktikën dhe rreziqet profesionale në ambientin spitalor. Infermierët me më pak se një vit eksperiencë mund të mos kenë pasur mundësi të mjaftueshme për t'u ekspozuar ndaj procedurave që lidhen me rreziqet profesionale dhe si rezultat, përgjigjet e tyre mund të mos reflektojnë realitetin e situatave në punë.

2. Infermierët në praktikë profesionale

Infermierët që asistonin në praktikën profesionale nuk u përfshinë në këtë studim. Ky kriter ishte i rëndësishëm sepse ata nuk kishin përvojën e mjaftueshme për t'u përgjigjur saktësisht në lidhje me ekspozimet profesionale dhe praktikën standarde të aplikuara gjatë procedurave infermierore.

3. Staf i infermieror në administratë

Infermierët që punonin në administratë dhe që nuk ishin aktivisht të angazhuar në kujdesin ndaj pacientëve u përjashtuan gjithashtu nga studimi.

3.9 Procedura e mbledhjes së të dhënave

Faza e dytë e studimit, e cila përfshinte shpërndarjen e pyetësorëve dhe mbledhjen e të dhënave, paraqiti një sfidë të konsiderueshme. Pyetësori i parë u shpërnda në periudhën 2 Nëntor - 24 Dhjetor 2023, ndërsa pyetësori i dytë u shpërnda në periudhën 29 Prill - 29 Maj 2024. Pas kontaktimit me drejtuesit e institucionit si dhe me kryeinfermieret e reparteve ku do të mbledheshin të dhënat, u zbatuan të gjitha procedurat e nevojshme për realizimin e këtij procesi.

Shpërndarja dhe plotësimi i pyetësorëve u realizua në formë të printuar në ambientet e punës gjatë orëve të pushimit, me qëllim që të minimizohej ndikimi në aktivitetet e përditshme të stafit infermior. U vendos që plotësimi i pyetësorëve të bëhej në mënyrë vetëadministruese, çka sjell një rrezik potencial për pasaktësi në interpretimin dhe përgjigjen e dhënë ndaj pyetjeve të drejtuara. Megjithatë, për të reduktuar këto *biase*, çdo subjekt që përmbushte kriteret për t'u përfshirë në studim u informua mbi qëllimin e hulumtimit dhe u siguruar për anonimin dhe konfidencialitetin e informacionit të dhënë. Të gjithë pjesëmarrësit u informuan se të dhënat do të përdoreshin vetëm për qëllime akademike dhe kërkimore, pa asnjë mundësi identifikimi të individëve. Konsensusi i pjesëmarrësve u morë para fillimit të procesit, dhe ju është shpjeguar çdo pyetje stafit, duke iu ofruar asistencë gjatë gjithë procesit të plotësimit të pyetësorëve. Pjesëmarrësve iu kërkua gjithashtu që të mos komunikojnë me njëri-tjetrin gjatë plotësimit, për të inkurajuar një përgjigje sa më të sinqertë dhe objektive. Kjo qasje ndihmoi në sigurimin e cilësisë së të dhënave dhe në saktësinë e analizës përfundimtare.

3.10 Instrumentet e studimit

Instrumentet e përdorur në këtë studim ishin 2 pyetësorë. Instrumenti i parë ishte një pyetësor i kombinuar, ndërsa pyetësori i dytë ishte i vetë-strukturuar. Pyetësorët anonim u shpërndanë në dy periudha të ndryshme kohore.

Pyetësori 1 (Shtojca 4)

Ky pyetësor quhet i kombinuar sepse përfshin 2 seksione të cilat janë të vetë-strukturuar dhe 2 seksione ku përfshihen dy pyetësorë të standartizuar.

- *Seksioni A* – Informacion i përgjithshëm (të dhënat socio-demografike dhe ekspozimi ndaj rrezikut biologjik)

- *Seksioni B* – Vlerësimi i njohurive lidhur me masat paraprake standarde
- *Seksioni C* – Vlerësimi i zbatimit të masave paraprake standarde

"Compliance With Standard Precautions Scale (CSPS)"

- *Seksioni D* – Shkalla e përgjithshme e vetë-efikasitetit

"The General Self-Efficacy Scale" (GSE)

Në **seksionin A** të pyetësorit u përfshin të dhënat socio-demografike si gjinia, mosha, pozicioni i punës, reparti spitalor, statusi martesor, niveli arsimor, eksperiencia në punë, turnet e punës (8 variabla). Në këtë seksion të vetëstrukturuar u përfshi edhe ekspozimi ndaj rrezikut biologjik, ku pyetjet u hartuan bazuar në studimin e Luos et al. (2010). Pyetjet vlerësonin frekuencën e lëndimeve ndaj mjeteve të mprehta, ekspozimin e lëkurës ndaj gjakut dhe lëngjeve të tjera trupore, raportimin ose jo të këtyre lëndimeve dhe arsyen e mosraportimit pranë autoriteteve përkatëse, pjesëmarrjen e stafit infermieror në trajnimet lidhur me masat paraprake standarde, praninë e kontenitorëve në repartet spitalore, vaksinimin kundër HVB, nëse ishin në dijeni për nivelet e anti-HBs në serum të tyre si dhe arsyen e mosvëshjes së dorezave gjatë ndërhyrjeve infermiere (10 variabla).

Seksioni B- pyetjet e këtij seksioni ishin të fokusuar në vlerësimin e njohurive të stafit infermieror lidhur me masat paraprake standarde. Pyetjet 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 janë hartuar bazuar në disa studime (Li & Wang, 2005; Luo et al., 2010; Suliman et al., 2018). Pyetjet 3, 4, 5, 6 janë bazuar në studimin e Motamed et al. (2006) ndërsa pyetja 7 në udhëzuesin e CDC (Isolation Precautions Guideline, 2023).

Ky seksion përbëhet nga 20 pyetje me 3 alternativa përgjigjeje: “po”, “jo” ose “nuk e di”. Llogaritja e pikëve është bërë në këtë mënyrë:

1. Alternativa “po” vlerësohet me 1 pikë.
2. Alternativa “jo” ose “nuk e di” vlerësohen me 0 pikë.

Sipas kësaj metode të vlerësimit të përgjigjeve, është bërë një kategorizim i nivelit të njohurive:

- I ulët (0-6): Të dhënat tregojnë se infermierët që bëjnë pjesë në këtë kategori kanë njohuri të kufizuara.
- Mesatar (7-13): Infermierët me njohuri mesatare kanë një kuptim të moderuar dhe mund të aplikojnë disa koncepte, por ende kanë nevojë për përmirësim.

- I lartë (14-20): Kjo kategori përfshin infermierët me njohuri të thelluara dhe aftësi për të aplikuar njohuritë e tyre në ndërhyrjet infermierore.

Seksioni C- përfshin pyetësin "*Compliance With Standard Precautions Scale (CSPS)*" i hartuar në përputhje me udhëzimet e "Masave Paraprake Standarde" të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (WHO) dhe Autoriteteve Spitalore të Spitalit të Hong Kongut nga Prof. Simon Ching Lam (Lam, 2014). Pyetësi është botuar në vitin 2010 dhe është modifikuar në janar 2022. Pyetësi është përkthyer dhe validuar në disa vende të botës (Cruz et al., 2016; Samur et al., 2020; Donati et al., 2019) ku një seri testimesh psikometrike të kryera nga autorë të ndryshëm demonstruan besueshmëri dhe vlefshmëri të kënaqshme. Një version Italian i këtij pyetësi (Donati et al., 2019) ka realizuar këto teste statistikore CSPS-It ($\chi^2 = 508.26$, $p < 0.001$, CFI = 0.90, TLI = 0.87, RMSEA = 0.09, & WRMR = 1.596) ku vërtetohet vlefshmërinë e këtij pyetësi për qëllime kërkimore-shkencore. Pyetësi CSPS përbëhet nga 20 pyetje, 16 të shprehura pozitivisht dhe 4 të shprehura negativisht (pyetja 2, 4, 6, & 15). Pyetjet ndahen në pesë fusha kryesore:

- Përdorimi i pajisjeve personale mbrojtëse (6 pyetje)
- Hedhja e mjeteve të mprehta (3 pyetje)
- Hedhja e mbetjeve të kontaminuara (1 pyetje)
- Dekontaminimi i derdhjeve dhe paisjeve të përdorura (3 pyetje)
- Parandalimi i infeksionit të kryqëzuar nga personi në person (7 pyetje)

Pyetësi përbëhet nga 4 shkallë vlerësimi:

- Asnjëherë (0)
- Rrallë (1)
- Ndonjëherë (2)
- Gjithmonë (3)

Pikëzimi dikotomik (0-20) bazuar në metodën e Lam (2014):

1. Vetëm alternativa "gjithmonë" në fjalitë e shprehura pozitivisht dhe alternativa "asnjëherë" në fjalitë e shprehura negativisht, vlerësohet me një pikë.
2. Alternativave të tjera nuk u jepet asnjë pikë, d.m.th., zero.
3. Rezultatet totale variojnë nga 0 në 20 pikë, ku stafi infermior i cili ka grumbulluar pikët maksimale rezulton që të ketë zbatim më të mirë të masave paraprake standarde.

Në këtë metodë të vlerësimit të pyetësorit CSPA (Compliance with Standard Precautions Scale) sipas Lam (2014), është përdorur një sistem pikëzimi i kufizuar, me 0 dhe 1 pikë duke marrë parasysh vetëm dy alternativa: "Asnjëherë" (për pohimet negative) dhe "Gjithmonë" (për pohimet pozitive).

Kategorizimi i pikëve lidhur me zbatimin e masave paraprake standarde sipas **pikëzimi dikotomik** është:

- I ulët (0-6): Individët me zbatim të ulët të MPS
- Mesatar (7-13): Individët me zbatim mesatar të MPS
- I lartë (14-20): Individët me zbatim të lartë të MPS

Ky sistem pikëzimi konsiderohet i kufizuar sepse nuk pasqyron në mënyrë të plotë të gjitha alternativat e zbatimit të masave paraprake standarde. Kjo çon në humbjen e informacionit të vlefshëm për përgjigjet si "rrallë" dhe "ndonjëherë", të cilat mund të ofrojnë informacion të rëndësishme për zbatimin e masave paraprake standarde. Kjo mënyrë e kufizimit të vlerësimit ul mundësinë për një analizë më të hollësishme dhe të plotë të zbatimit të MPS. Për të ofruar një vlerësim më të detajuar dhe më të saktë të pyetësorit është aplikuar një sistem kategorizimi që i përdor të katërta alternativat (asnjëherë, rrallë, ndonjëherë gjithmonë) me vlerësimin 0-3 pikë. Kjo qasje na mundëson analizim më të plotë të pyetësorit për zbatimin e MPS.

Pikëzimi i plotë (0–60) – merr parasysh të gjitha nivelet e përgjigjes (Asnjëherë = 0, Rrallë = 1, Ndonjëherë = 2, Gjithmonë = 3), dhe reflekton frekuencën e sjelljes në praktikë. Kategorizimi i pikëve lidhur me zbatimin e masave paraprake standarde sipas **pikëzimit të plotë** është:

- I ulët (0-20): Individët me zbatim të ulët të MPS.
- Mesatar (21-40): Individët me zbatim mesatar të MPS
- I lartë (41-60): Individët me zbatim të lartë të MPS

Në këtë studim, kjo formë e vlerësimit u përdor si metoda kryesore për disa arsye metodologjike dhe praktike:

1. Rritja e ndjeshmërisë së instrumentit

Shkalla 4-pikëshe lejon matjen e nuancave të sjelljes, duke reflektuar jo vetëm praninë apo mungesën e përputhshmërisë, por edhe intensitetin dhe frekuencën e saj. Kjo e bën

instrumentin më të ndjeshëm ndaj ndryshimeve të vogla në qëndrime ose praktika të pjesëmarrësve, dhe lejon një vlerësim më të rafinuar të realitetit klinik.

2. Mundësimi i analizave të avancuara statistikore

Përfshirja e të gjitha përgjigjeve me pikëzim të plotë (0–3) siguron një shtrirje të gjerë të pikëve (0–60) dhe mundëson përdorimin e teknikave statistikore më të thelluara, si analiza deskriptive, krahasime ndërgrupore dhe analiza korelative. Gjithashtu, kjo metodë mbështet ndarjen e pjesëmarrësve në nivele të dallueshme të përputhshmërisë: i ulët, mesatar dhe i mirë.

3. Evitohet detyrimi për të zgjedhur pozicione ekstreme

Mungesa e një opsiioni neutral dhe prania e një shkalle graduale ndihmon në zvogëlimin e *bias-it* të përgjigjes, duke i inkurajuar pjesëmarrësit të reflektojnë më saktë nivelin real të veprimit të tyre. Kjo është veçanërisht e rëndësishme në fushën e kontrollit të infeksioneve, ku presioni social dhe profesional mund të ndikojë në mënyrën e raportimit.

4. Mbështetje në literaturën ekzistuese

Shumë studime në fushën e praktikave të kontrollit të infeksioneve dhe vetë-efikasitetit kanë përdorur shkallë të ngjashme vlerësimi, duke përfshirë të gjitha alternativat e përgjigjes, për të siguruar një pasqyrim më të plotë të praktikës reale (p.sh. Luo et al., 2010).

5. Përshtatje me kontekstin lokal

Në kontekstin lokal ku është zhvilluar studimi, faktorë si ngarkesa e lartë e punës, mungesa e burimeve dhe stresi operacional mund të ndikojnë në zbatimin konsistent të masave. Prandaj, përdorimi i një shkalle fleksibël vlerësimi ndihmon në identifikimin e përputhshmërisë së pjesshme, duke ofruar një bazë më të drejtë për ndërhyrje të synuara.

Në seksionin D u përfshi pyetësi "*The General Self-Efficacy Scale*" (*GSE*) i cili është një instrument psikologjik i krijuar nga Prof. Ralf Schwarzer dhe Matthias Jerusalem në vitin 1995 (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Ky pyetësor kishte si qëllim të vlerësonte ndjenjën e përgjithshme të vetë-efikasitetit si dhe besimin e individëve në aftësitë e tyre për të përballuar situata të ndryshme të jetës dhe për të arritur qëllimet e vendosura. Pyetësi është përdorur në 23 vende të botës, ku vlerat e alfa Cronbach-ut variojnë nga .76 në .90. Pyetësi ka rezultuar të jetë i vlefshëm për qëllime studimore dhe aktualisht rezulton që të jetë i përshtatur në 33 gjuhë të botës. Pyetësi përbëhet nga 4 shkallë vlerësimi:

- Absolutisht e pasaktë (1)
- Pjesërisht e saktë (2)
- Pothuajse e saktë (3)
- Absolutisht e saktë (4)

Bazuar në këtë shkallë vlerësimi, është bërë një kategorizim i shkallës së vetë-efikasitetit:

- I ulët (0-13): Infermierët me vetë-efikasitet të ulët ndihen të pasigurt dhe mund të shmangin sfidat me të cilat mund të përballen në ambjetin e punës.
- Mesatar (14-26): Kjo kategori përfshin infermierët që kanë një besim të moderuar në aftësitë e tyre, por ende ju mungon motivimi për t'u angazhuar plotësisht.
- I lartë (27-40): Infermierët me vetë-efikasitet të lartë kanë besim të plotë në vete dhe janë më të prirur për t'u angazhuar në sfida dhe për t'i përballuar ato me sukses.

Pyetësori 2 (Shtojca 5)

Pyetësori i dytë ishte i vetë-strukturuar, ku u hartua bazuar në rishikimin e literaturës së studimeve të ngjashme kombëtare dhe ndërkombëtare në databazën e Pubmed, CINAHL, Google Scholar, (Selfo, 2021; Amr et al., 2022; Zewde, 2020; Stefanati et al, 2015; Pan American Health Organization, 2020).

- *Seksioni A* - Të dhënat socio-demografike
- *Seksioni B* – Rreziqet spitalore
- *Seksioni C* – Sëmundjet e diagnostikuara gjatë aktivitetit spitalor

Seksioni A- i pyetësorit përfshinte të dhënat socio-demografike si gjinia, mosha, pozicioni i punës, reparti spitalor, statusi martesor, niveli arsimor, eksperiencia në punë, turnet e punës, orët e punës/ditë (9 variabla).

Seksioni B- përfshinte rreziqet në ambjetet spitalore dhe ekspozimin e stafit infermieror ndaj rrezikut fizik, ergonomik, biologjik, kimik, psiko-social. Në këtë seksion u përfshin edhe format e ekspozimit për secilin nga llojet e rreziqeve (20 pyetje).

Seksioni C- përbëhej nga 2 pyetje të cilat lidheshin me sëmundjet e diagnostikuara gjatë aktivitetit spitalor të tilla si: probleme të sistemit tretës, probleme të sistemit respirator, infeksione urinare, probleme të sistemit nervor, probleme të lëkurës, probleme kardiovaskulare, hepatit B, hepatit A, hepatit C, TBC, gripi, çrregullime të gjumit, stres.

Leja etike për instrumentet

Leja etike u sigurua pas kontaktit me email të Prof. Simon Ching Lam për përdorimin dhe përshtatjen e pyetësorit “CSPS” me popullatën ku do të aplikohet. Ndërsa pyetësi “GSE” ishte një instrument i lirë dhe nuk kërkonte autorizim paraprak për përdorim. (Shtojca 6)

Përkthimi dhe përshtatja e pyetësorëve

U realizuar përkthimi dhe përshtatja kros-kulturore e pyetësorëve “Vlerësimi i zbatimit të masave paraprake standarde” dhe “Shkalla e përgjithshme e vetëefikasitetit” sipas udhëzimeve të Beaton et al. (2000) i cili përfshin 5 etapa kryesore:

- përkthimin nga anglishtja në gjuhën amtare
- sintezën e versioneve të përkthyer
- përkthim përsëri në versionin anglisht
- rishikim i versioneve të dorëzuara nga ekspertët së bashku me komentet që ata kanë bërë në çdo fazë duke hartuar një version final paraprak
- testimi i pyetësorit nëpërmjet një studimit pilot

Faza e parë - Përkthimi

Kjo fazë përfshiu përkthimin dhe përshtatjen e pyetësorëve në gjuhën shqipe nga dy profesorë të cilët kishin njohuri të mira të anglishtes. Përkthimet u rishikuan më pas nga dy infermierë, të cilët bënë rregullime për përshtatjen e terminologjisë mjekësore të përdorur nga stafi infermior dhe për ta bërë atë më të qartë dhe të kuptueshme. Çdo përkthyes hartoi një raport me shkrim të pyetësorëve të përshtatur.

Faza e dytë - Sinteza e pyetësorëve

Në këtë fazë, u sintetizuan dy versionet e përkthyer të pyetësorëve për të identifikuar mospërputhjet dhe për të krijuar një version paraprak në shqip të tyre. Qëllimi ishte që të sigurohet një harmonizim i pyetësorëve dhe të krijohet një version koherent.

Faza e tretë- Përkthimi përsëri në anglisht

Versionet paraprake të pyetësorëve në gjuhën shqipe u përkthyen në anglisht nga dy folës të rrjedhshëm të gjuhës angleze, të cilët nuk ishin të njohur me versionet shqip të pyetësorëve. U sigurua që përkthyesit të mos i përkisnin fushës mjekësore në mënyrë që të mos ndikoheshin nga terminologjia e njohur dhe të shmangnin nxjerrjen e kuptimeve të dyta për pyetësorët e përkthyer. Të dy versionet e përkthyer të pyetësorëve u dërguan për shqyrtim nga ekspertët përkatës.

Faza e katërt - Rishikimi nga komiteti i ekspertëve

U realizua rishikimi i versioneve të përkthyer të pyetësorëve nga komiteti i ekspertëve. Pas përmbledhjes së të gjitha versioneve, u hartua një version përfundimtar për secilin pyetësor, ku më pas u përgatitën për tu testuar në një kampion popullate.

Faza e pestë - Testimi pilot i pyetësorit

Testimi pilot i pyetësorëve u krye në një kampion prej 25 infermierësh që punonin në repartin e kirurgjisë dhe pediatrikë në Spitalin Rajonal “Xhaferr Kongoli” Elbasan. Të gjithë pjesëmarrësve u shpjegua qëllimi i pyetësorit si dhe u siguria konfidencialiteti i të dhënave personale dhe përgjigjeve të deklaruara. Pas marrjes së aprovimit u realizua shpërndarja e pyetësorit në formatin e printuar.

Kjo fazë shërbeu për të vlerësuar qartësinë e pohimeve si dhe përshtatjen e terminologjisë së përdorur. Pas plotësimit të pyetësorëve, pjesëmarrësit u pyetën nëse hasën vështirësi gjatë plotësimit të tyre dhe nëse kishin ndonjë koment ose sygjërim lidhur me pohimet e përfshira në secilin pyetësor.

3.11 Analiza statistikore e të dhënave

Analiza e të dhënave u krye mbi bazën e dy pyetësorëve të plotësuar nga personeli infermior, të administruar në dy periudha të ndryshme kohore.

Pyetësi 1

Të dhënat e studimit u analizuan duke përdorur programin statistikor IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versioni 25.0.

Analiza e aplikuar përfshin:

- *Analizën përshkruese* të variablave demografikë si dhe vlerave minimale, maksimale, percentilit të 25-të (kuartili i poshtëm) dhe percentilit të 75-të (kuartili i sipërm). Variablat kategorikë u analizuan përmes frekuencave absolute dhe relative të shprehur në përqindje. Për vizualizimin e të dhënave të analizuara janë përdorur tabela dhe grafikë.
- *Analizën statistikore*, ku për krahasimin e proporcioneve ndërmjet variablave kategorikë, u përdorën testi hi-katror dhe testi ekzakt i Fisher-it. Për krahasimin e mesatareve të variablave të vazhduar, u aplikuan testi i studentit t dhe analiza e variancës ANOVA. Korrelacioni parametrik i Pearson-it u përdor për të vlerësuar

marrëdhënien ndërmjet shkallës së njohurive dhe përdorimit të masave paraprake standarde dhe zbatimit të këtyre masave në praktikën infermiere si dhe vlerësimin e lidhjes midis shkallës së përgjithshme të vetë-efikasitetit dhe zbatimit të masave paraprake standarde.

Për vlerësimin e faktorëve të pavarur që ndikojnë mbi zbatimin e masave paraprake standarde u përdor metoda e regresionit logjistik univariat dhe multivariat. Gjatë kësaj analize, variablat nominalë u kodifikuan si pjesë e procesit analitik.

- *Analizën e besueshmërisë* për pyetësin e aplikuar ku u matën vlerat e alpha Cronbach's Coefficient (α) dhe Item Total Correlation (ITT) ku treguan se pyetësi ishte i besueshëm dhe se mund të shërndahej në një popullatë më të gjerë.

Studimi pilot i pyetësit u realizua nëpërmjet intervistave në një kampion prej 25 infermierësh, të cilët u pyetën në lidhje me eksperiencën e tyre të plotësimit të pyetësit. Ata komentuan në lidhje me çdo pyetje të vështirë, fjalë të vështirë apo çdo problem tjetër që mund të kenë patur gjatë plotësimit të pyetësit. Gjatë procesit të pilotimit, intervistuesi testoi një fjalë alternative nëse ishte e kuptueshme nga infermieri dhe nëse shumica e të intervistuarëve ishin dakort me fjalën e re gjatë intervistës, ajo pranohet si versioni final i pyetjes. Pas studimit pilot, pyetësi u konsiderua i vlefshëm dhe u shpërnda në një kampion më të gjerë duke përfshirë kampionin e pilotimit.

Pyetësi 2

Pyetësi 2 ka një boshllëk të madh të kërkimit shkencor të aplikuar në Shqipëri lidhur me identifikimin e rreziqeve spitalore me të cilat përballen stafit mjekësor.

Të dhënat e pyetësit u analizuan duke përdorur programin statistikor IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versioni 25.0.

Analiza e aplikuar përfshin:

- *Analizën përshkruese* të variablave demografikë dhe variablave lidhur me rreziqet spitalore ku të dhënat janë shprehur me numër dhe %. Për paraqitjen e të dhënave të analizuarra janë përdorur tabela dhe grafikë.
- *Analizën statistikore* për krahasimin e variablave kategorikë, ku u përdor testi hi-katror (Chi-Square), i cili vlerësoj lidhjen midis variablave (gjinia, mosha, pozicioni i punës, reparti, eksperiencia në punë, turni i punës, lloji i aksidentit, materiali biologjik) dhe numrit të aksidenteve biologjike, si dhe variablave (gjinia, turni i punës, reparti,

eksperienca në punë) dhe raportimit ose jo të këtyre aksidenteve biologjike pranë autoriteteve përkatëse. Për të vlerësuar rrezikun e aksidenteve të shumfishta biologjike dhe mosraportimit të këtyre aksidenteve pranë autoriteteve përkatëse u përdor regresioni logjistik binar. Kjo analizë u përshtat me variablat që kishin një sinjifikancë statistikore, duke u bazuar në rezultatet e analizës bivariate. Niveli i sinjifikancës statistikore ishte $p < 0.05$. Regresioni logjistik binar u përdor për të vlerësuar raportin e gjasave dhe intervalin e besimit (95 % CI).

- *Analizën e besueshmërisë*, ku u realizua pilotimi i pyetësorit në një kampion të vogël subjektesh (20) nga e njëjta popullatë referencë në të cilën është kryer studimi përfundimtar. Ata u pyetën lidhur me eksperiencën e tyre të plotësimit të pyetësorit, ku komentuan për çdo pyetje të vështirë apo çdo problem tjetër që mund të jenë përballur gjatë plotësimit të tij. Njëra prej pyetjeve e cila rezultoj e pakuptueshme për këto subjekte u korigjua dhe u përfshi në pyetësin përfundimtar. Besueshmëria e pyetësorit u vlerësua përmes matjes së alpha Cronbach's Coefficient (α) dhe Item Total Correlation (ITT) ku pyetësi u konsiderua i besueshëm dhe u shpërnda në një kampion më të gjerë, duke përfshirë kampionin e pilotimit.

3.12 Konsiderata Etike

Ky studim u realizua në përputhje me standardet etike të përcaktuara në Deklaratën e Helsinkit e vitit 1975, rishikuar në vitin 2000 si dhe u zhvillua me miratimin e Komitetit të Etikës së Universitetit të Elbasanit "Aleksandër Xhuvani" (Prot. Nr. 880). Sipas legjislacionit shqiptar, për kërkime që nuk përfshijnë ndërhyrje dhe janë në formën e anketave, nuk kërkohet miratim nga Komiteti Kombëtar i Etikës. Çdo infermier u informua për qëllimin dhe natyrën e studimit dhe u siguria se të gjitha të dhënat do të përdoreshin vetëm për të përmbushur qëllimin e këtij studimi duke ruajtur konfidencialitetin dhe anonimat, në përputhje me Ligjin Nr. 120/2014 "Për mbrojtjen e të dhënave personale", i cili mbështetet në nenet 78 dhe 83, pika 1, të Kushtetutës së Shqipërisë. Pjesëmarrja ka qenë vullnetare dhe anonime, duke u dhënë të drejtën pjesëmarrësve të pranojnë ose refuzojnë pjesëmarrjen në këtë studim. Çdo infermier i përfshirë në studim ka dhënë paraprakisht pëlqimin e informuar.

KAPITULLI 4

REZULTATE

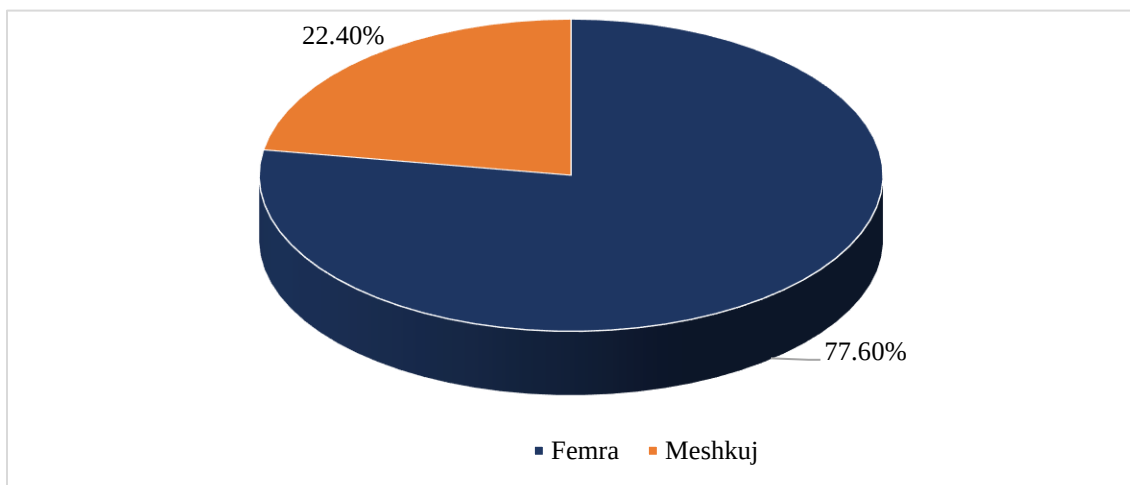
Faza e parë-Pyetësorit 1

Tabela 4. Karakteristikat socio-demografike të subjekteve në studim

Variablat	N	%	P
Gjinia			<0.01
Femra	173	77.6	
Meshkuj	50	22.4	
Grupmosha			<0.01
≤ 30	53	23.8	
31-40	90	40.4	
>40	80	35.9	
Statusit martesor			<0.01
Beqar	36	16.1	
I/e divorcuar	6	2.7	
I/e ve	7	3.1	
I/e martuar	174	78.0	
Niveli arsimor			<0.01
Bachelor "Infermieri e Përgjithshme"	52	23.3	
Bachelor "Mami"	9	4.0	
Master Profesional	62	27.8	
Master Shkencor	98	43.9	
Doktoraturë	2	0.9	

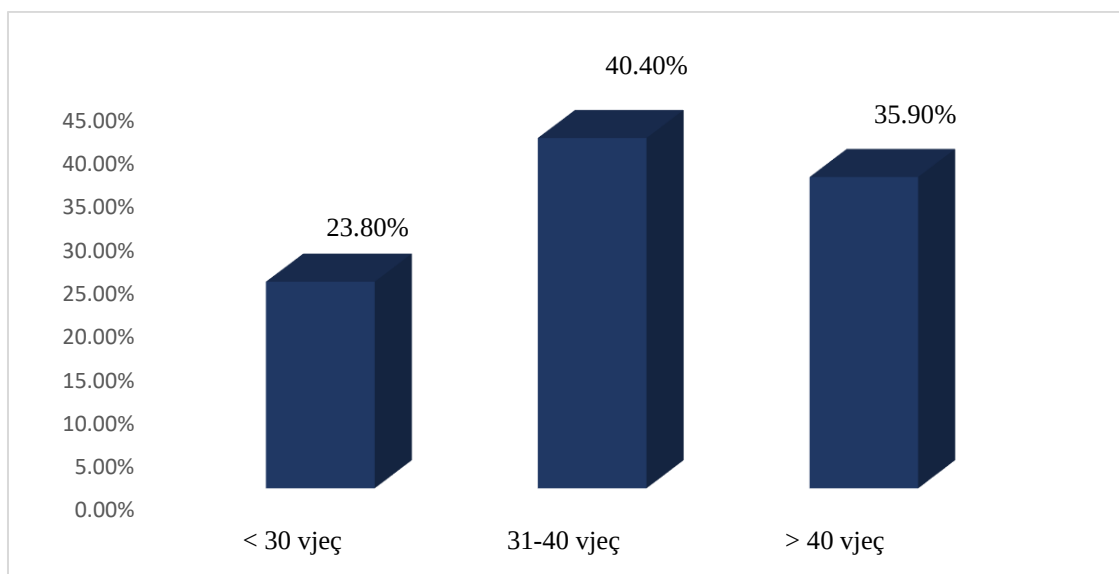
Në këtë studim morën pjesë 223 infermierë/subjekte. Në tabelën 4 janë paraqitur të dhënat socio-demografike të pjesëmarrësve në studim.

Grafiku 1. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë



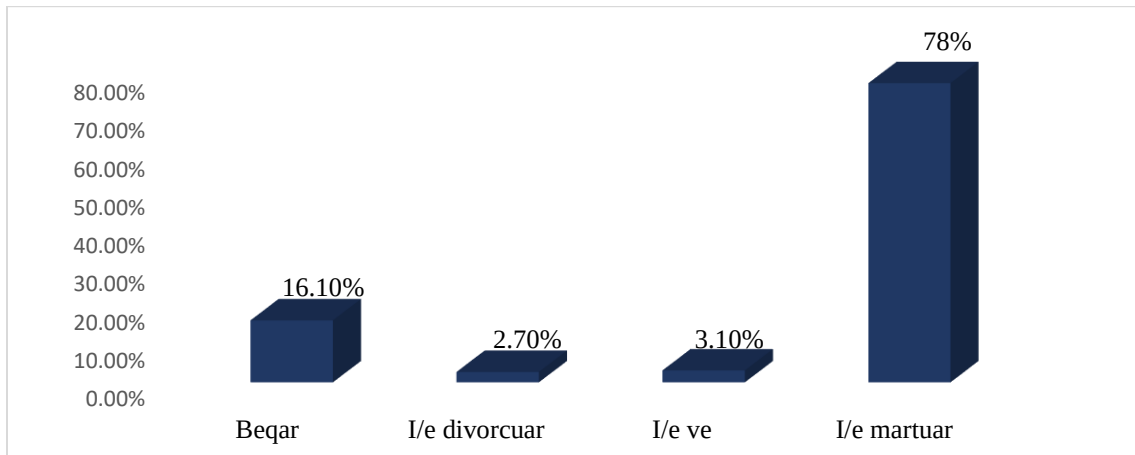
Në grafikun 1, janë paraqitur të dhënat lidhur me gjininë, ku 173 (77.6%) infermierë i përkisnin gjinisë femërore dhe 50 (22.4%) i përkisnin gjinisë mashkullore ($p < 0.01$).

Grafiku 2. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas grupmoshës



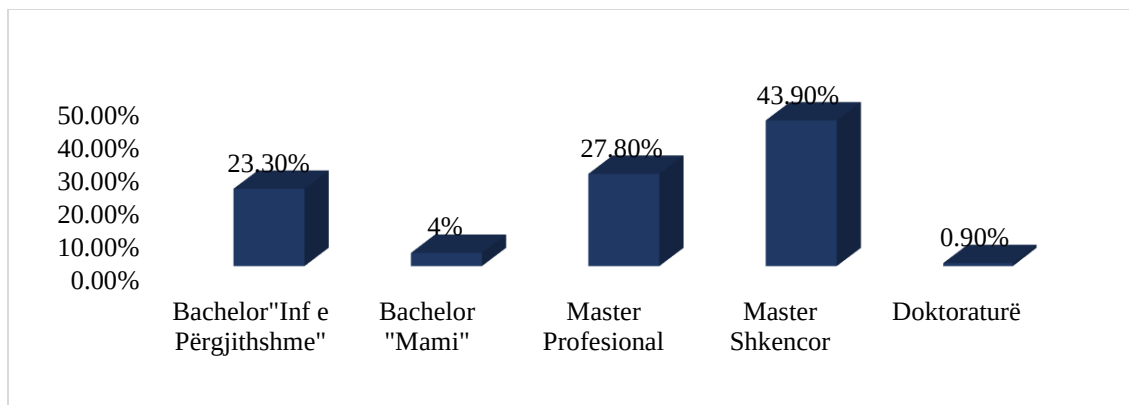
Përsa i përket grupmoshës, të dhënat janë paraqitur në grafikun 2 ku evidentohet se 53 (23.8%) pjesëmarrës i përkisnin grupmoshës ≤ 30 vjeç, 40.4% e pjesëmarrësve i përkisnin grupmoshës 31-40 vjeç dhe 35.9% e pjesëmarrësve i përkisnin grupmoshës > 40 vjeç ($p < 0.01$).

Grafiku 3. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas statusit martesor



Bazuar tek të dhënat e paraqitura në grafikun 3, mbizotëronin pjesëmarrësit e martuar me 78%, të ndjekur nga beqarët 16.1%, pjesëmarrësit e ve 3.1% dhe të divorcuar 2.7% ($p < 0.01$).

Grafiku 4. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas nivelit arsimor



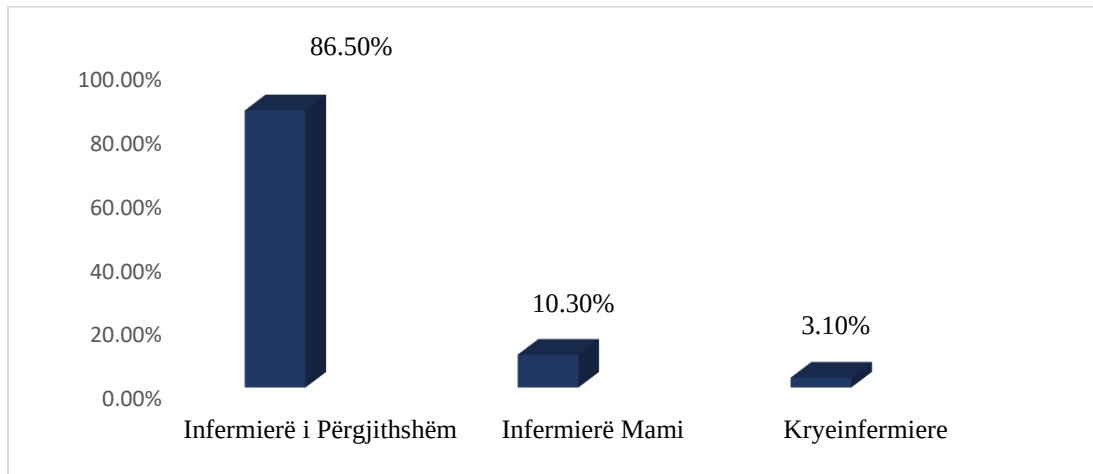
Në grafikun 4 janë paraqitur rezultatet përsa i perket nivelit arsimor. 23.3% kishin përfunduar studimet Bachelor "Infermieri e Përgjithshme", 4% kishin kryer Bachelor Mami, 27.8% ishin me Master Profesional, shumica e pjesëmarrësve 43.9% ishin me Master Shkencor dhe 0.9% e pjesëmarrësve me Doktoraturë ($p < 0.01$).

Tabela 5. Të dhënat e subjekteve në studim lidhur me punën

Variablat	N	%	P
Pozicioni i punës			<0.01
Infermierë i Përgjithshëm	193	86.5	
Infermierë Mami	23	10.3	
Kryeinfermiere	7	3.1	
Reparti			<0.01
Banka e Gjakut	2	0.9	
Infektiv	13	5.8	
Kardiologji	10	4.5	
Kirurgji	13	5.8	
Neurologji	10	4.5	
Obsetrikë-Gjinekologji	26	11.7	
ORL	11	4.9	
Ortopedi-Traumatologji	11	4.9	
Patologji	14	6.3	
Pediatri	46	20.6	
Reanimacion	10	4.5	
Sallë Operatore	21	9.4	
Urgjencë	36	16.1	
Eksperienca në punë (vite)			0.1
1-5 vite	56	25.1	
6-10 vite	62	27.8	
11-15 vite	41	18.4	
≥16 vite	64	28.7	
Turnet e punës			<0.01
Paradite	68	30.5	
Mbasdite	18	8.1	
Natën	9	4.0	
Tre turne	128	57.4	

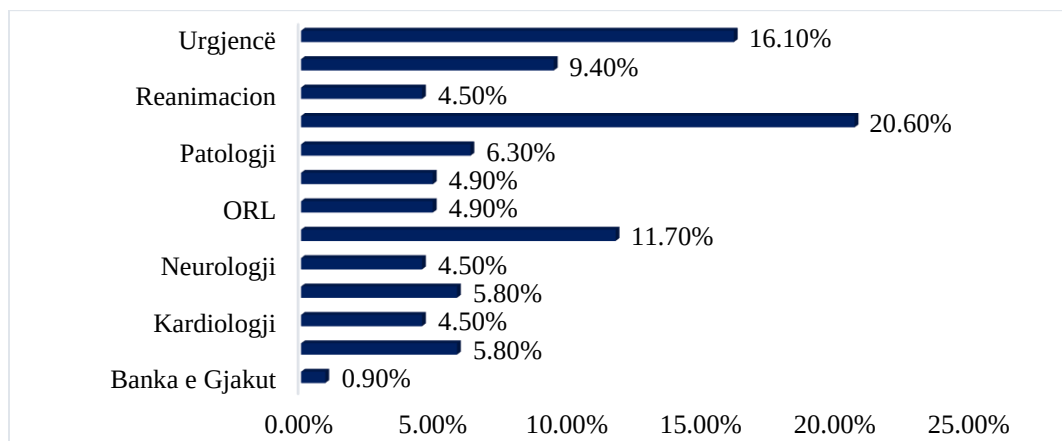
Në tabelën 5 janë paraqitur të dhënat e subjekteve në studim lidhur me karakteristikat e punës si pozicioni i punës, reparti, eksperienca në punë, turnet e punës.

Grafiku 5. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas pozicionit të punës



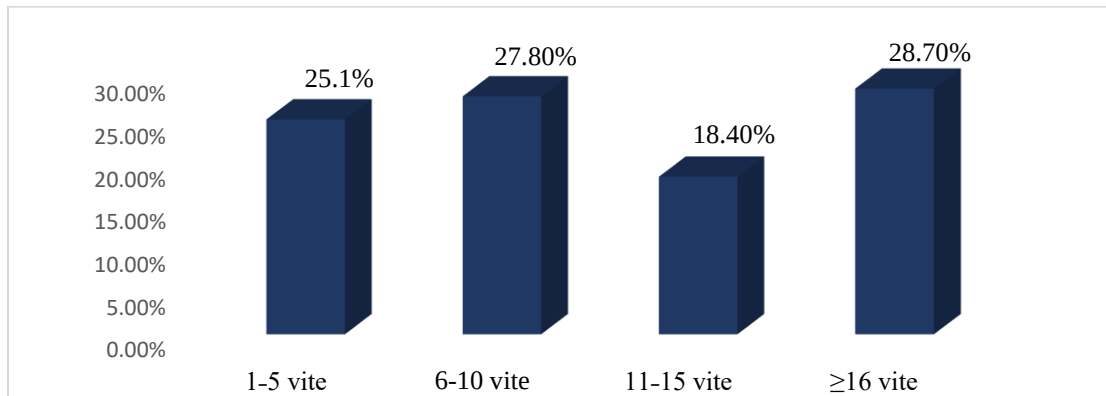
Në lidhje me pozicionin e punës, në grafikun 5 vihet re se shumica e kampionit ishin infermierë të përgjithshëm (86.5%), ndjekur nga infermierë-mami (10.3%) dhe kryeinfermiere (3.1%) ($p < 0.01$).

Grafiku 6. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas repartit



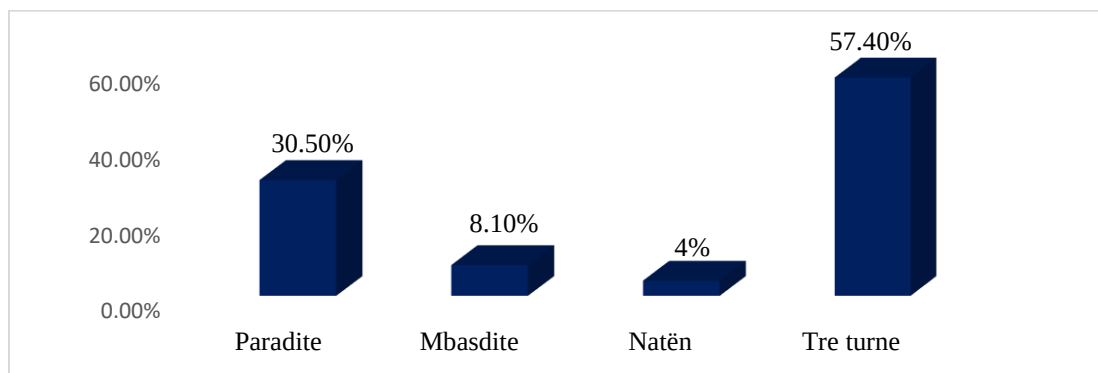
Në grafikun 6 janë paraqitur të dhënat përsa i përket repartit të punës, ku shumica e stafit punonte në pediatri (20.6%) ndjekur nga urgjencë (16.1%), obsetrikë-gjinekologji (11.7%), sallë operate (9.4%), patologji (6.3%), infektiv (5.8%), kirurgji (5.8%), orl (4.9%), ortopedi-traumatologji (4.9%), kardiologji (4.5%), neurologji (4.5%), reanimacion (4.5%), banka e gjakut (0.9%) ($p < 0.01$).

Grafiku 7. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas eksperiencës në punë



Bazuar në të dhënat e grafikut 7 lidhur me eksperiencën në punë, 25.1% e pjesëmarrësve kishin 1-5 vite eksperiencë pune, 27.8% kishin 6-10 vite, 18.4% kishin 11-15 vite dhe 28.7% kishin ≥ 16 vite. Nuk u gjet ndryshim sinjifikant përsa i përket eksperiencës në punë ($p=0.1$).

Grafiku 8. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas turneve të punës



Përsa i përket turneve të punës, në grafikun 8 vihet re se paradite punonin 30.5% e stafit, mbasdite 8.1%, natën 4% dhe me tre turne ishin mbi gjysma e stafit 57.4% ($p<0.01$).

Tabela 6. Rreziqet në punë

Variabla	N	%	P
A keni pësuar lëndim nga mjetet e mprehta në 6 muajt e fundit?			0.05
Jo	126	56.5	
Po	97	43.5	
Numi i lëndimeve të pësuar (herë)			<0.01
0	126	56.5	
1 herë	29	13.0	
2 herë	48	21.5	
3 herë	19	8.5	
4 herë	1	0.4	
A ju ka ndodhur që lekura ose mukoza juaj e dëmtuar të ekspozohet ndaj gjakut, lëngjeve trupore të pacientit në 6 muajt e fundit?			<0.01
Jo	174	78.0	
Po	49	22.0	
A keni raportuar në rast se keni pësuar lëndime ose ekspozime?			<0.01
I raportoj gjithmonë	45	33.3	
I raportoj ndonjëherë	16	11.9	
I raportoj rrallë	31	23.0	
I raportoj shumicën e rasteve	16	11.9	
Nuk i raportoj asnjëherë	27	20.0	
Nëse nuk i raportoni asnjëherë arsyeja është:			<0.01
Kam frikë për ndikimin që do të ketë në punë ose lidhur me vlerësimin e performancës	7	10.1	
Nuk e konsideroj të nevojshme	29	42.0	
Nuk ka një repart të veçantë për menaxhimin e kontaminimeve në spital	19	27.5	
Nuk kam qënë në dijeni për lëndimin	12	17.4	
Nuk merret ndonjë masë për parandalimin	1	1.4	
Sepse kam qënë sterile	1	1.4	

Bazuar në të dhënat e paraqitura në tabelën 6 lidhur me rreziqet në punë, 43.5% e stafit infermieror kanë referuar që kanë pësuar lëndim nga mjetet e mprehta në 6 muajt e fundit. Më shumë se gjysma e stafit 56.5% janë shprehur se nuk janë lënduar, 13% e tyre referojnë që janë lënduar një herë, 21.5% dy herë, 8.5% 3 herë dhe vetëm 0.4% referuan se janë lënduar katër herë ($p<0.01$).

22% e stafit pohojnë se ka ndodhur që lëkura ose mukoza e tyre e dëmtuar të ekspozohet ndaj gjakut, lëngjeve trupore të pacientit në 6 muajt e fundit.

Në kontekstin e raportimit të aksidenteve të pësuar, 33.3% e stafit infermieror u shprehën se i raportojnë gjithmonë nëse pësojnë lëndime ose ekspozime, 11.9% i raportojnë ndonjëherë, 23% i raportojnë rrallë, 11.9% i raportojnë në shumicën e rasteve dhe 20% nuk i raportojnë asnjëherë ($p<0.01$).

Nga arsyt e "mosraportimit asnjëherë" referohet që 42% nuk e konsiderojnë të nevojshme, e ndjekur nga alternativa “nuk ka një repart të veçantë për menaxhimin e kontaminimeve në spital” në 27.5% të pohimeve, “nuk kam qënë në dijeni për lëndimin” u shprehën 17.4%, “kam frikë për ndikimin që do të ketë në punë ose lidhur me vlerësimin e performancës” kanë pohuar 10.1%, dhe përkatësisht nga 1.4% referojnë që nuk merret ndonjë masë për parandalimin e këtyre ekspozimeve si dhe që kanë qënë sterilë ($p<0.01$).

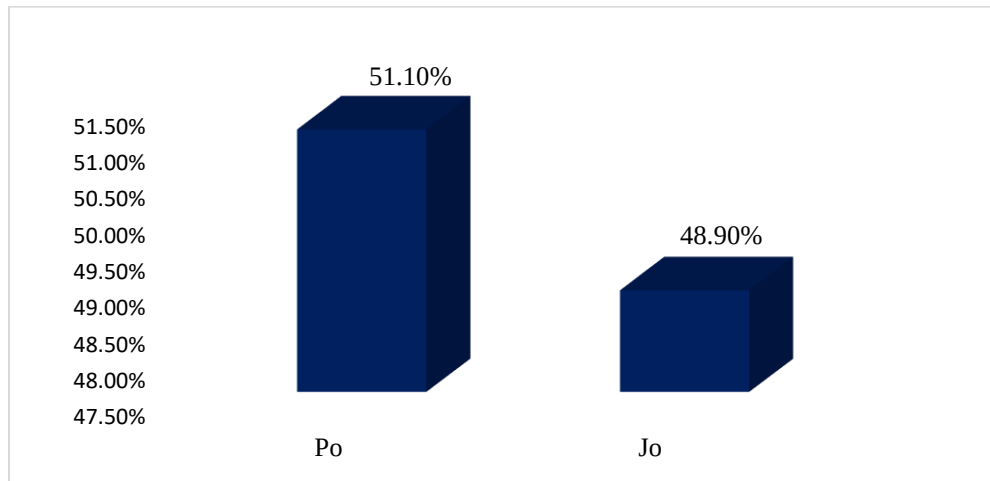
Tabela 7. Trajnimet mbi MPS si dhe menaxhimi i mbetjeve spitalore

Variabla	Jo		Po		P
	N	%	N	%	
A jeni trajnuar për masat paraprake standarde?	142	63.7	81	36.3	<0.01
A keni dëshirë të trajnoheni për MPS?	62	27.8	161	72.2	<0.01
A keni kontenier për mbetjet e mprehta mjekësore në repartin tuaj?	1	0.4	222	99.6	<0.01

Tabela 7 paraqet të dhënat lidhur me përfshirjen e stafit infermieror në trajnimet mbi masat paraprake standarde, ku një pjesë e konsiderueshme e stafit 63.7% referojnë që nuk janë trajnuar ndërsa 36.3% referojnë që janë trajnuar ($p<0.01$). Shumica e subjekteve 72.2% shprehën dëshirën për t'u trajnuar, për të përmirësuar njohuritë dhe aftësitë e tyre dhe vetëm 27.8% referojnë “Jo” ($p<0.01$).

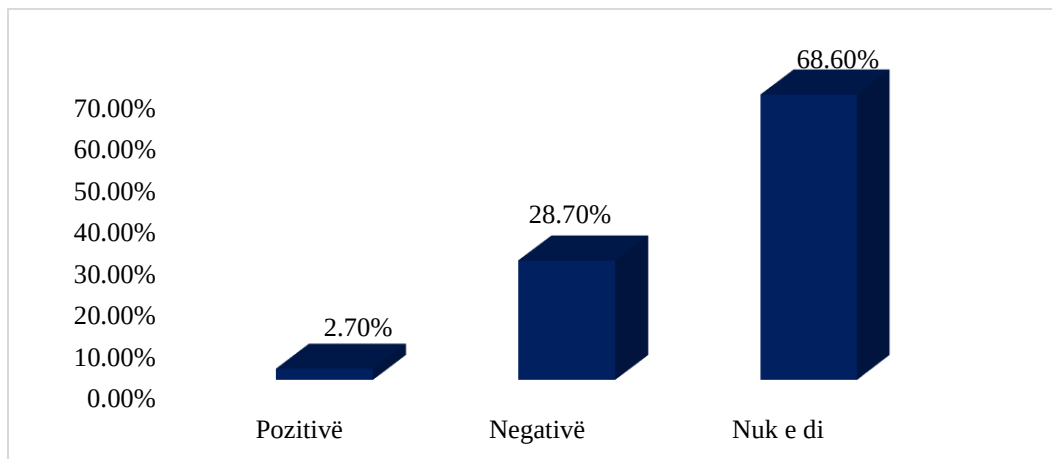
Vetëm 1 nga stafi referon që nuk ka kontenier për mbetjet e mprehta mjekësore në repartin ku punon ndërsa 222 (99.6%) referojnë që kanë kontenierë në ambjentin e punës ($p<0.01$).

Grafiku 9. Vaksinimi i stafit infermieror për HBV



Në grafikun 9 vihet re se gjysma e stafit infermieror 51.1% kanë pohuar se janë vaksinuar ndaj HBV ndërsa 48.9% nuk janë vaksinuar ($p=0.7$).

Grafiku 10. Titri i anti-HBs në serum



Referuar të dhënave të paraqitura në grafikun 10, shumica e stafit infermieror 68.6% kanë shprehur se nuk e dinë titrin e ant-HBS në serum, 28.7% referuan se ishin negativë ndërsa 2.7% e stafit ishin pozitivë ($p<0.01$).

Tabela 8. Arsytet e mosmbajtjes së dorezave gjatë ndërhyrjeve infermierore

Variabla	N	%	P
Arsyeja përse nuk mbani doreza gjatë operacionit/ndërhyrjeve infermierore?			<0.01
Frikë nga ankesat e pacientit	61	27.4	
I vendos gjithmonë	1	0.4	
I vesh gjithmonë	13	5.8	
Më pengojnë	1	0.4	
Nga shpejtësia	1	0.4	
Nuk hymë në sallë	4	1.8	
Nuk janë të lehta në përdorim	39	17.5	
Nuk ka doreza	2	0.9	
Nuk ka kohë për ti përdorur	12	5.4	
Nuk kryejmë operacione në pavionin tonë	1	0.4	
Nuk kryhen operacione në kardiologji	1	0.4	
Nuk punoj në kirurgji	2	0.9	
Nuk punoj në sallë operacioni	8	3.6	
Të papërshtatshme për kryerjen e operacionit	14	6.3	
Të parehatshme	63	28.3	

Në pyetësor është përfshirë një pyetje e hapur, ku përveç alternativave të dhëna, pjesëmarrësit mund të shënonin edhe arsye të tjera të mosmbajtjes së dorezave gjatë ndërhyrjeve infermierore në opsionin "Tjetër". Në tabelën 8 vihet re se shumica e stafit 28.3% pohojnë që janë të parehatshme, ndjekur nga 27.4% e stafit që kanë frikë nga ankesat e pacientit, për 17.5% nuk janë të lehta në përdorim, për 6.3% janë të papërshtatshme për kryerjen e ndërhyrjeve infermierore, 5.8% u shprehën se i veshin gjithmonë, 5.4% nuk kanë kohë për ti përdorur, 3.6% janë shprehur se nuk punojnë në sallë operacioni, 1.8% nuk hyjnë në sallë, 0.9% referojnë që nuk ka doreza dhe se nuk punojnë në kirurgji, dhe përkatësisht nga 0.4% referojnë që: "Më pengojnë", "Nga shpejtësia", "Nuk kryejmë operacione në pavionin tonë", "Nuk kryhen operacione në kardiologji"(p<0.01).

Tabela 9. Frekuenca e pohimeve të njohurive lidhur me MPS

Variabla	Jo n (%)		Nuk e di n (%)		Po n (%)	
A e dini se çfarë janë MPS?	10	4.5	70	31.4	143	64.1
MPS aplikohen “vetëm” në pacientët me infeksion ose që janë në periudhën latente të infeksionit:	88	39.5	77	34.5	58	26.0
Izolimi i pacientëve me infeksione që transmetohen nëpërmjet gjakut është i domosdoshëm.	68	30.5	4	1.8	151	67.7
A vendoset kapuçi ages pas injeksionit?	23	10.3	4	1.8	196	87.9
Për dekontaminimin e paisjeve si psh (manometër që ka kontakt kutan), a mjafton vetëm larja me detergjent të zakonshëm?	114	51.1	5	2.2	104	46.6
Spërkatat e gjakut duhet të pastrohen menjëherë me Hidroksid Natriumi (NaOH).	19	8.5	35	15.7	169	75.8
Vendosja e përparses dhe dorezave janë masat mbrojtëse të duhura kur realizohen ndërhyrje që mund të shkaktojnë spërkatje të gjakut, të sekrecioneve trupore ose ekskrementeve.	19	8.5	5	2.2	199	89.2
Qëllimi kryesor i aplikimit të masave paraprake standarde është mbrojtja e personelit mjekësor.	12	5.4	2	0.9	209	93.7
Larja dhe dezinfektimi i duarve duhet të realizohet menjëherë pas kontaktit me gjakun, lëngun e trupit, sekrecionet, ekskrementet ose substancat e ndotura.	6	2.7	2	0.9	215	96.4
Larja e duarve duhet të aplikohet nëse keni kontakt me pacientë të ndryshëm.	3	1.3	3	1.3	217	97.3
Meqënëse dorezat mund të parandalojnë kontaminimin e duarve, nuk është e nevojshme larja e duarve pas heqjes së tyre.	118	52.9	6	2.7	99	44.4
Duhet të shmangët kontakti i mjeteve mbrojtëse të kontaminuara nga mjetet e tjera, veshjet ose personeli jashtë repartit.	7	3.1	3	1.3	213	95.5
Nuk lejohet shkëmbimi i mjeteve personale si doreza, maska etj midis stafit mjekësor.	19	8.5	6	2.7	198	88.8
Dorezat nuk duhet të vendosen në ndërhyrjet infermiore të kavitetit oral, sepse mund të kenë kontakt me mukozën e pacientit.	101	45.3	3	1.3	119	53.4
Dorezat duhet të vendosen në procedurat e marrjes së gjakut, punkcionit venoz, etj.	8	3.6	3	1.3	212	95.1
Dorezat duhet të vendosen në ndërhyrjet që kanë rrezik për kontakt me sekrecionet dhe ekskrementet e pacientit.	2	0.9	1	0.4	220	98.7
Dorezat duhet të ndërrohen nëse keni kontakt me pacientë të ndryshëm.	1	0.4	4	1.8	218	97.8
Përdorimi i maskës si masë paraprake standarde mjafton në rastet e ndërhyrjeve që shkaktojnë kontaktin me spërkalat e gjakut, me sekrecionet ose ekskrementet.	59	26.5	12	5.4	152	68.2

Në kujdesin për pacientët me HCV ose sifiliz nevojitet vetëm përdorimi MPS.	48	21.5	19	8.5	156	70.0
Në kujdesin për pacientët me infeksion intestinal ose infeksion të lëkurës duhet të aplikohen MPS të kombinuara me masat parandaluese për sëmundjet që transmetohen nga kontakti.	6	2.7	10	4.5	207	92.8

Në tabelën 9 janë paraqitur pyetjet dhe pohimet me tri alternativa përgjigjeje: "Po", "Jo" dhe "Nuk e di" për të vlerësuar njohuritë e stafit infermieror mbi përdorimin e masave paraprake standarde.

Tabela 10. Frekuenca e pohimeve mbi njohuritë lidhur me MPS

Variabla	Saktë n (%)		Gabuar n (%)		P
MPS aplikohen “vetëm” në pacientët me infeksion ose që janë në periudhën latente të infeksionit.	88	39.5	135	60.5	Ns
Izolimi i pacientëve me infeksione që transmetohen nëpërmjet gjakut është i domosdoshëm.	68	30.5	155	69.5	Ns
A vendoset kapuçi ages pas injeksionit?	23	10.3	200	89.7	Ns
Për dekontaminimin e paisjeve si psh (manometër që ka kontakt kutan), a mjafton vetëm larja me detergjent të zakonshëm?	104	46.6	119	53.4	Ns
Spërklat e gjakut duhet të pastrohen menjëherë me sodium hydroxide(NaOH).	19	8.5	204	91.5	Ns
Vendosja e përparses dhe dorezave janë masat mbrojtëse të duhura kur realizohen ndërhyrje që mund të shkaktojnë spërklatje të gjakut, të sekrecioneve trupore ose ekskrementeve.	19	8.5	204	91.5	Ns
Qëllimi kryesor i aplikimit të MPS është mbrojtja e personelit mjekësor.	12	5.4	211	94.6	Ns
Larja dhe dezinfektimi i duarve duhet të realizohet menjëherë pas kontaktit me gjakun, lëngun e trupit, sekrecionet, ekskrementet ose substancat e ndotura.	215	96.4	8	3.6	<0.01
Larja e duarve duhet të aplikohet nëse keni kontakt me pacientë të ndryshëm.	217	97.3	6	2.7	<0.01
Meqënëse dorezat mund të parandalojnë kontaminimin e duarve, nuk është e nevojshme larja e duarve pas heqjes së tyre.	118	52.9	105	47.1	<0.01
Duhet të shmangët kontakti i mjeteve mbrojtëse të kontaminuara nga mjetet e tjera, veshjet ose personeli jashtë repartit.	213	95.5	10	4.5	<0.01
Nuk lejohet shkëmbimi i mjeteve personale si doreza, maska etj midis stafit mjekësor.	198	88.8	25	11.2	<0.01
Dorezat nuk duhet të vendosen në ndërhyrjet infermiore të kavitetit oral, sepse mund të kenë kontakt me mukozën e pacientit.	101	45.3	122	54.7	Ns
Dorezat duhet të vendosen në procedurat e marrjes së gjakut, punkcionit venoz, etj.	212	95.1	11	4.9	<0.01

Dorezat duhet të vendosen në ndërhyrjet që kanë rrezik për kontakt me sekrecionet dhe ekskrementet e pacientit.	220	98.7	3	1.3	<0.01
Dorezat duhet të ndërrohen nëse keni kontakt me pacientë të ndryshëm.	218	97.8	5	2.2	<0.01
Përdorimi i maskës si MPS mjafton në rastet e ndërhyrjeve që shkaktajnë kontaktin me spërkalat e gjakut, me sekrecionet ose ekskrementet.	152	68.2	71	31.8	<0.01
Në kujdesin për pacientët me HCV ose sifiliz nevojitet vetëm përdorimi i masave paraprake mbrojtëse.	156	70.0	67	30.0	<0.01
Në kujdesin për pacientët me infeksion intestinal ose infeksion të lëkurës duhet të MPS të kombinuara me masat parandaluese për sëmundjet që transmetohen nga kontakti.	207	92.8	16	7.2	<0.01

Në tabelën 10 është bërë një rigrupim i përgjigjeve, duke i kategorizuar në përgjigje të sakta dhe të gabuara. Në përgjigjet e gabuara bëjnë pjesë ato përgjigje që janë përgjigjur gabim ose që kanë qarkuar opsionin “nuk e di”. Duke analizuar përgjigjet e sakta dhe të gabuara, në këtë studim u gjet një ndryshim sinjifikant i mbizotërimit të njohurive të sakta për 11 pyetjet e mëposhtme:

-Larja dhe dezinfektimi i duarve duhet të realizohet menjëherë pas kontaktit me gjakun, lëngun e trupit, sekrecionet, ekskrementet ose substancat e ndotura (96.4%). (p<0.01)

-Larja e duarve duhet të aplikohet pas çdo kontakti me pacientë të ndryshëm (97.3). (p<0.01)

-Meqënëse dorezat mund të parandalojnë kontaminimin e duarve, nuk është e nevojshme larja e duarve pas heqjes së tyre (52.9%). (p<0.01)

-Duhet të shmangët kontakti i mjeteve mbrojtëse të kontaminuara nga mjetet e tjera, veshjet ose personeli jashtë repartit (95.5%). (p<0.01)

-Nuk lejohet shkëmbimi i mjeteve personale si doreza, maska etj midis stafit mjekësor (88.8%). (p<0.01)

-Dorezat duhet të vendosen në procedurat e marrjes së gjakut, punktionit venoz, etj (95.1%). (p<0.01)

-Dorezat duhet të vendosen në ndërhyrjet që kanë rrezik për kontakt me sekrecionet dhe ekskrementet e pacientit (98.7%). (p<0.01)

-Dorezat duhet të ndërrohen nëse keni kontakt me pacientë të ndryshëm (97.8%). (p<0.01)

-Përdorimi i maskës si masë paraprake standarde mjafton në rastet e ndërhyrjeve që shkaktajnë kontaktin me spërkalat e gjakut, me sekrecionet ose ekskrementet (68.2%). (p<0.01)

-Në kujdesin për pacientët me HCV ose sifiliz nevojitet vetëm përdorimi masave paraprake mbrojtëse (70.0%). ($p < 0.01$)

-Në kujdesin për pacientët me infeksion intestinal ose infeksione të lëkurës duhet të aplikohen masat paraprake standarde të kombinuara me masat parandaluese për sëmundjet që transmetohen nga kontakti (92.8%). ($p < 0.01$)

Tabela 11. Pikëzimi i pohimeve të njohurive lidhur me MPS

Variabli	Min	Max	P75	P25	IQR
MPS aplikohen “vetëm” në pacientët me infeksion ose që janë në periudhën latente të infeksionit.	0	1	1	0	1
Izolimi i pacientëve me infeksione që transmetohen nëpërmjet gjakut është i domosdoshëm.	0	1	1	0	1
A vendoset kapuçi aq pas injeksionit?	0	1	0	0	0
Për dekontaminimin e paisjeve si psh (manometër që ka kontakt kutan), a mjafton vetëm larja me detergjent të zakonshëm?	0	1	1	0	1
Spërklart e gjakut duhet të pastrohen menjëherë me sodium hydroxide (NaOH).	0	1	0	0	0
Vendosja e përparses dhe dorezave janë masat mbrojtëse të duhura kur realizohen ndërhyrje që mund të shkaktojnë spërkatje të gjakut, të sekrecioneve trupore ose ekskrementeve.	0	1	0	0	0
Qëllimi kryesor i aplikimit të MPS është mbrojtja e personelit mjekësor.	0	1	0	0	0
Larja dhe dezinfektimi i duarve duhet të realizohet menjëherë pas kontaktit me gjakun, lëngun e trupit, sekrecionet, ekskrementet ose substancat e ndotura.	0	1	1	1	0
Larja e duarve duhet të aplikohet nëse keni kontakt me pacientë të ndryshëm.	0	1	1	1	0
Meqënëse dorezat mund të parandalojnë kontaminimin e duarve, nuk është e nevojshme larja e duarve pas heqjes së tyre.	0	1	1	0	1
Duhet të shmanget kontakti i mjeteve mbrojtëse të kontaminuara nga mjetet e tjera, veshjet ose personeli jashtë repartit.	0	1	1	1	0
Nuk lejohet shkëmbimi i mjeteve personale si doreza, maska etj midis stafit mjekësor.	0	1	1	1	0
Dorezat nuk duhet të vendosen në ndërhyrjet infermirore të kavitetit oral, sepse mund të kenë kontakt me mukozën e pacientit.	0	1	1	0	1
Dorezat duhet të vendosen në procedurat e marrjes së gjakut, punkcionit venoz, etj.	0	1	1	1	0
Dorezat duhet të vendosen në ndërhyrjet që kanë rrezik për kontakt me sekrecionet dhe ekskrementet e pacientit.	0	1	1	1	0
Dorezat duhet të ndërrohen nëse keni kontakt me pacientë të ndryshëm.	0	1	1	1	0

Përdorimi i maskës si MPS mjafton në rastet e ndërhyrjeve që shkaktojnë kontaktin me spërkalat e gjakut, me sekrecionet ose ekskrementet.	0	1	1	0	1
Në kujdesin për pacientët me HCV ose sifiliz nevojitet vetëm përdorimi masave paraprake mbrojtëse.	0	1	1	0	1
Në kujdesin për pacientët me infeksion intestinal ose infeksion të lëkurës duhet të aplikohen MPS të kombinuara me masat parandaluese për sëmundjet që transmetohen nga kontakti.	0	1	1	1	0
Pikëzimi	0	17	13	11	2

Në tabelën 11 paraqiten të dhënat lidhur me shpërndarjen e pikëzimit për secilën pyetje dhe pikët totale të njohurive të pjesëmarrësve: me vlerë minimale 0, vlerë maksimale 17 nga një total prej 20 pikësh të mundshme. Percentili i sipërm 13, percentili i poshtëm 11 dhe rangi interkuartilor 2.0.

-Vlera minimale 0 tregon se disa pjesëmarrës nuk janë përgjigjur saktë në asnjë pyetje, ndërsa vlera maksimale 17 tregon se disa pjesëmarrës kanë arritur një nivel të lartë të njohurive.

-Percentili i sipërm 13 dhe ai i poshtëm 11 tregojnë se gjysma e pjesëmarrësve ka arritur një rezultat midis këtyre dy vlerave të paraqitura.

Tabela 12. Frekuenca e pohimeve mbi zbatimin e MPS

Variabli	Asnjëherë	Rrallë	Ndonjëherë	Gjithmonë	P
Laj duart në kontaktet midis pacientëve.		2 (0.9)	4 (1.8)	217 (97.3)	<0.01
Përdor vetem ujë për larjen e duarve.	67 (30.0)	11 (4.9)	37 (16.6)	108 (48.4)	<0.01
I dezinfektoj duart vetëm me alkool nëse nuk janë në dukje të ndotuara.	54 (24.2)	19 (8.5)	53 (23.8)	97 (43.5)	<0.01
I vendos kapuçin ageve të përdorura pas çdo injeksioni.	11 (4.9)		8 (3.6)	204 (91.5)	<0.01
Vendos mbetjet e mprehta në kontenitorët e mjeteve të mprehta.			9 (4.0)	214 (96.0)	<0.01
Kontenitori i mbetjeve të mprehta asgjësohet vetëm kur është plot.	6 (2.7)	11 (4.9)	40 (17.9)	166 (74.4)	<0.01
I heq Paisjet Mbrojtëse Personale (PPE) në një zonë të caktuar.	2 (0.9)	9 (4)	24 (10.8)	188 (84.3)	<0.01

Bëj dush në rasin e një spërkatjeje të madhe edhe pse kam vendosur Pajisjet Mbrojtëse Personale.	27 (12.1)	7 (3.1)	43 (19.3)	146 (65.5)	<0.01
I mbuloj plagët ose lezionet me veshje të papërshkrueshme nga uji përpara kontaktit me pacientin.	8 (3.6)	4 (1.8)	24 (10.8)	187 (83.9)	<0.01
Vendos doreza kur ekspozohem ndaj lëngjeve të trupit, produkteve të gjakut dhe çdo sekrecioni të pacientëve.	1 (0.4)	2 (0.9)	33 (14.8)	187 (83.9)	<0.01
I ndërroj dorezat pas kontaktit me çdo pacient.	1 (0.4)	2 (0.9)	25 (11.2)	195 (87.4)	<0.01
I dekontaminoj duart menjëherë pas heqjes së dorezave.	6 (2.70)	4 (1.8)	34 (15.2)	179 (80.3)	<0.01
Vendos vetëm maskë kirurgjikale ose në kombinim me syzet, mbrojtësen për fytyrën dhe përparëse sa here që ka rrezik për spërkatje ose shpërthim.	5 (2.2)	6 (2.7)	34 (15.2)	178 (79.8)	<0.01
Goja dhe hunda ime janë të mbuluara kur mbaj maskë.	3 (1.3)	1 (0.4)	9 (4.0)	210 (94.2)	<0.01
Ripërdor një maskë kirurgjikale ose pajisje mbrojtëse personale të disponueshme (PPE).	82 (36.8)	10 (4.5)	33 (14.8)	98 (43.9)	<0.01
Përdor një veshje ose përparse kur ekspozohem ndaj gjakut, lëngjeve të trupit ose çdo ekskrementi të pacientit	18 (8.1)	11 (4.9)	43 (19.3)	151 (67.7)	<0.01
Mbetjet e kontaminuara me gjak, lëngje trupore, sekrecione dhe ekskreme, vendosen në qese plastike të kuqe, pavarësisht nga statusi i infeksionit të pacientit.	20 (9.0)	4 (1.8)	27 (12.1)	172 (77.1)	<0.01
I dekontaminoj sipërfaqet dhe pajisjet pas përdorimit.	5 (2.2)	1 (0.4)	16 (7.2)	201 (90.1)	<0.01
Vesh doreza gjatë dekontaminimit të pajisjeve të përdorura me ndotje të dukshme.	4 (1.8)	5 (2.2)	15 (6.7)	199 (89.2)	<0.01
Unë i pastroj njollat e gjakut ose lëngjeve të tjera trupore menjëherë me dezinfektues.	5 (2.2)	2 (0.9)	13 (5.8)	203 (91)	<0.01

Referuar të dhënave të paraqitura në tabelën 12 mbi zbatimin e masave paraprake standarde gjatë procedurave infermierore, është vërejtur se përgjigjja "Gjithmonë" mbizotëron për të

gjitha pyetjet e paraqitura, me një ndryshim sinjifikant në krahasim me përgjigjet e tjera ($p < 0.01$).

Tabela 13. Pikëzimi i pohimeve mbi zbatimin e MPS

Variabli	Min	Max	P75	P25	IQR
Laj duart në kontaktet midis pacientëve.	1	3	3.0	3.0	0.0
Përdor vetëm ujë për larjen e duarve.	0	3	3.0	0.0	3.0
I dezinfektoj duart vetëm me alkol nëse nuk janë në dukje të ndotura.	0	3	3.0	1.0	2.0
I vendos kapuçin ageve të përdorura pas çdo injeksioni.	0	3	3.0	3.0	0.0
Vendos mbetjet e mprehta në kontenitorët e mjeteve të mprehta.	2	3	3.0	3.0	0.0
Kontenitori i mbetjeve të mprehta asgjësohet vetëm kur është plotë.	0	3	3.0	2.0	1.0
I heq Paisjet Mbrojtëse Personale (PPE) në një zonë të caktuar.	0	3	3.0	3.0	0.0
Bëj dush në rastin e një spërkatjeje të madhe edhe pse kam vendosur Pajisjet Mbrojtëse Personale.	0	3	3.0	2.0	1.0
I mbuloj plagët ose lezionet me veshje të papërshkrueshme nga uji përpara kontaktit me pacientin.	0	3	3.0	3.0	0.0
Vendos doreza kur ekspozohem ndaj lëngjeve të trupit, produkteve të gjakut dhe çdo sekrecioni të pacientëve.	0	3	3.0	3.0	0.0
I ndërroj dorezat pas kontaktit me çdo pacient.	0	3	3.0	3.0	0.0
I dekontaminoj duart menjëherë pas heqjes së dorezave.	0	3	3.0	3.0	0.0
Vendos vetëm maskë kirurgjikale ose në kombinim me syzet, mbrojtësen për fytyrën dhe përparëse sa herë që ka rrezik për spërkatje ose shpërthim.	0	3	3.0	3.0	0.0
Goja dhe hunda ime janë të mbuluara kur mbaj maskë.	0	3	3.0	3.0	0.0
Ripërdor një maskë kirurgjikale ose pajisje mbrojtëse personale të disponueshme (PPE).	0	3	3.0	0.0	3.0
Përdor një veshje ose përparëse kur ekspozohem ndaj gjakut, lëngjeve të trupit ose çdo ekskrementi të pacientit	0	3	3.0	2.0	1.0
Mbetjet e kontaminuara me gjak, lëngje trupore, sekrecione dhe ekskreme, vendosen në qese plastike të kuqe, pavarësisht nga statusi i infeksionit të pacientit.	0	3	3.0	3.0	0.0
I dekontaminoj sipërfaqet dhe paisjet pas përdorimit.	0	3	3.0	3.0	0.0
Vesh doreza gjatë dekontaminimit të pajisjeve të përdorura me ndotje të dukshme.	0	3	3.0	3.0	0.0
Unë i pastroj njollat e gjakut ose lëngjeve të tjera trupore menjëherë me dezinfektues.	0	3	3.0	3.0	0.0
Pikëzimi	33	60	60.0	48.3	11.8

Në tabelën 13 paraqitet shpërndarja e pikëzimit për secilën pyetje dhe score total i zbatimit: me vlerë minimale 33, vlerë maksimale 60 nga totali prej 60 të mundshme, percentili i sipërm 60.0, percentili i poshtëm 48.3 dhe rangui interkuartil (IQR) 11.8. Rangui interkuartil (IQR) është diferenca e percentilit P75 me percentilin P25.

Tabela 14. Pikëzimi i pohimeve mbi zbatimin e MPS (vetëm dy përgjigjet)

Variabli	Min	Max	P75	P25	IQR
Laj duart në kontaktet midis pacientëve.	1	1	1	1	0
Përdor vetëm ujë për larjen e duarve.	1	1	1	1	0
I dezinfektoj duart vetëm me alkool nëse nuk janë në dukje të ndotura.	1	1	1	1	0
I vendos kapuçin ageve të përdorura pas çdo injeksioni.	1	1	1	1	0
Vendos mbetjet e mprehta në kontenitorët e mjeteve të mprehta.	1	1	1	1	0
Kontenitori i mbetjeve të mprehta asgjësohet vetëm kur është plotë.	1	1	1	1	0
I heq Paisjet Mbrojtëse Personale (PPE) në një zonë të caktuar.	1	1	1	1	0
Bëj dush në rastin e një spërkatjeje të madhe edhe pse kam vendosur Pajisjet Mbrojtëse Personale.	1	1	1	1	0
I mbuloj plagët ose lezionet me veshje të papërshkrueshme nga uji përpara kontaktit me pacientin.	1	1	1	1	0
Vendos doreza kur ekspozohem ndaj lëngjeve të trupit, produkteve të gjakut dhe çdo sekrecioni të pacientëve.	1	1	1	1	0
I ndërroj dorezat pas kontaktit me çdo pacient.	1	1	1	1	0
I dekontaminoj duart menjëherë pas heqjes së dorezave.	1	1	1	1	0
Vendos vetëm maskë kirurgjikale ose në kombinim me syzet, mbrojtësen për fytyrën dhe përparëse sa herë që ka rrezik për spërkatje ose shpërthim.	1	1	1	1	0
Goja dhe hunda ime janë të mbuluara kur mbaj maskë.	1	1	1	1	0
Ripërdor një maskë kirurgjikale ose pajisje mbrojtëse personale të disponueshme (PPE).	1	1	1	1	0
Përdor një veshje ose përparse kur ekspozohem ndaj gjakut, lëngjeve të trupit ose çdo ekskrementi të pacientit	1	1	1	1	0
Mbetjet e kontaminuara me gjak, lëngje trupore, sekrecione dhe ekskreme, vendosen në qese plastike të kuqe, pavarësisht nga statusi i infeksionit të pacientit.	1	1	1	1	0
I dekontaminoj sipërfaqet dhe paisjet pas përdorimit.	1	1	1	1	0
Vesh doreza gjatë dekontaminimit të pajisjeve të përdorura me ndotje të dukshme.	1	1	1	1	0
Unë i pastroj njollat e gjakut ose lëngjeve të tjera trupore menjëherë me dezinfektues.	1	1	1	1	0
Pikëzimi	5.0	18.0	13.0	16.0	3.0

Në tabelën e mësipërme (tabela 14), paraqitet shpërndarja e pikëzimit për secilën pyetje duke përdorur vetëm dy përgjigjet: “gjithmonë” dhe “asnjëherë” dhe pikëzimi total i zbatimit: me vlerë minimale 5.0 vlerë maksimale 16.0 nga totali prej 20 të mundshme, percentili i sipërm 16.0, i poshtëm 13.0 dhe rangi interkuartilor 3.0.

Tabela 15. Pohimet mbi shkallën e përgjithshme të vetë-efikasitetit

Variabli	Absolutisht e pasaktë	Pjesërisht e saktë	Pothuajse e saktë	Absolutisht e saktë	P
Unë gjithmonë i zgjidh problemet e vështira, nëse përpiqem mjaftueshëm.	3 (1.3)	28 (12.6)	65 (29.1)	127 (57.0)	<0.01
Edhe nëse dikush më kundërshton, unë i gjej mënyrat për të marrë gjërat që dua.	13 (5.8)	54 (24.2)	56 (25.1)	100 (44.8)	<0.01
Është e lehtë për mua t'ia arrij qëllimit dhe të përmbush objektivat e mia.	6 (2.7)	29 (13)	67 (30.0)	121 (54.3)	<0.01
Jam i sigurt që mund të përballoj në mënyrë efikase, çdo situatë të paparashikueshme.	10 (4.5)	28 (12.6)	59 (26.5)	126 (56.5)	<0.01
Falë aftësive të mia, unë mund të menaxhoj situata të papritura.	5 (2.2)	22 (9.9)	43 (19.3)	153 (68.6)	<0.01
Unë mund ti zgjidh shumicën e problemeve, nëse përpiqem mjaftueshëm.	4 (1.8)	19 (8.5)	51 (22.9)	149 (66.8)	<0.01
Unë mund ti përballoj vështirësitë me qetësi, falë aftësive të mia.	5 (2.2)	16 (7.2)	43 (19.3)	159 (71.3)	<0.01
Kur gjendem përballë një problemi, unë jam e aftë të gjej disa zgjidhje.	4 (1.8)	21 (9.4)	60 (26.9)	138 (61.9)	<0.01
Nëse jam në një situatë problematike, unë gjithmonë gjej një zgjidhje.	3 (1.3)	30 (13.5)	63 (28.3)	127 (57.0)	<0.01
Pavarësisht situatës që mund të ndodh, unë zakonisht jam i aftë për ta përballuar	3 (1.3)	20 (9.0)	43 (19.3)	157 (70.4)	<0.01

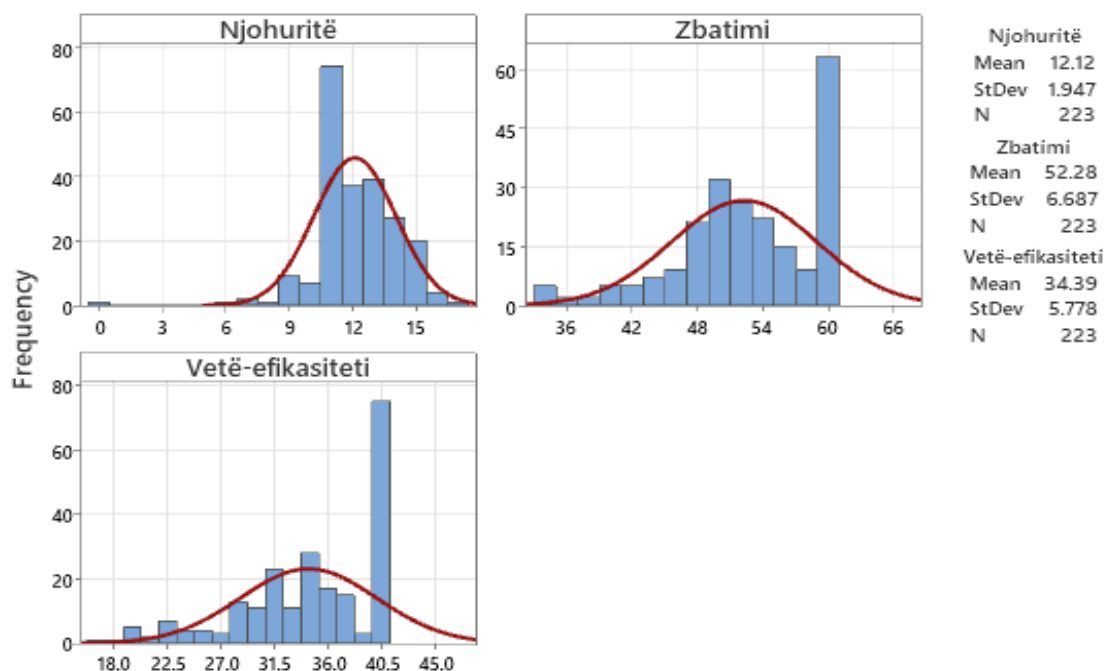
Referuar të dhënave të paraqitur në tabelën 15, për të gjitha pyetjet e mësipërme mbizotëron përgjigja “Absolutisht e saktë” me ndryshim sinjifikant nga përgjigjet e tjera ($p < 0.01$). Në këtë seksion pyetjesh është përdorur shkalla likert.

Tabela 16. Pikëzimi i pohimeve mbi shkallën e përgjithshme të vetë-efikasitetit

Variabli	Min	Max	P75	P25	IQR
Unë gjithmonë i zgjidh problemet e vështira, nëse përpiqem mjaftueshëm.	1	4	4.0	3.0	1.0
Edhe nëse dikush më kundërshton, unë i gjej mënyrat për të marrë gjërat që dua.	1	4	4.0	2.0	2.0
Është e lehtë për mua t'ja arrij qëllimit dhe të përmbush objektivat e mia.	1	4	4.0	3.0	1.0
Jam i sigurt që mund të përballoj në mënyrë efikase, çdo situatë të paparashikueshme.	1	4	4.0	3.0	1.0
Falë aftësive të mia, unë mund të menaxhoj situata të papritura.	1	4	4.0	3.0	1.0
Unë mund ti zgjidh shumicën e problemeve, nëse përpiqem mjaftueshëm.	1	4	4.0	3.0	1.0
Unë mund ti përballoj vështirësitë me qetësi, falë aftësive të mia.	1	4	4.0	3.0	1.0
Kur gjendem përballë një problemi, unë jam e aftë të gjej disa zgjidhje.	1	4	4.0	3.0	1.0
Nëse jam në një situatë problematike, unë gjithmonë gjej një zgjidhje.	1	4	4.0	3.0	1.0
Pavarësisht situatës që mund të ndodh, unë zakonisht jam i aftë për ta përballuar	1	4	4.0	3.0	1.0
Pikëzimi	16	40	40.0	31.0	9.0

Në tabelën 16 paraqitet shpërndarja e pikëve për secilën pyetje dhe pikëzimi i vetë-efikasitetit: me vlerë minimale 16, vlerë maksimale 40 nga totali prej 40 të mundshme, percentili i sipërm 40.0, percentili i poshtëm 31 dhe rangi interkuartil (IQR) 9.0. Rangu interkuartil (IQR) është diferenca e percentilit P75 me percentilin P25.

Grafiku 11. Histogrami i pikëve të njohurive, zbatimit dhe vetë-efikasitetit



Në grafikun 11 janë paraqitur vlerat mesatare dhe deviacioni standard për secilin nga seksionet e pyetësorit. Në seksionin e vlerësimit të njohurive lidhur me masat paraprake standarde, mesatarja dhe deviacioni standard paraqiten në këto vlera (12.12 ± 1.947), seksioni i vlerësimit të zbatimit të masave paraprake standarde paraqiten në vlerat (52.28 ± 6.687), seksionin i shkallës së përgjithshme të vetë-efikasitetit në vlerat (34.39 ± 5.778).

Tabela 17. Të dhënat mbi nivelin e shkallëve të njohurive, zbatimit dhe vetë-efikasitetit

Shkallët	Niveli			P
	I ulët	Mesatar	I lartë	
Njohuritë lidhur me MPS	2 (0.9%)	169 (75.8%)	52 (23.3%)	<0.001
Zbatimi lidhur me MPS (0-60)		14 (6.3%)	209 (93.7%)	<0.001
Zbatimi lidhur me MPS (0-20)	2 (0.9%)	65 (29.1%)	156 (70%)	<0.001
Vetë-efikasiteti		24 (10.8%)	199 (89.2%)	<0.001

Në tabelën 17 janë paraqitur të dhënat me numër dhe përqindje mbi nivelin e shkallëve të njohurive, zbatimit dhe vetë-efikasitetit. Nga pikët e grumbulluara për secilin seksion të

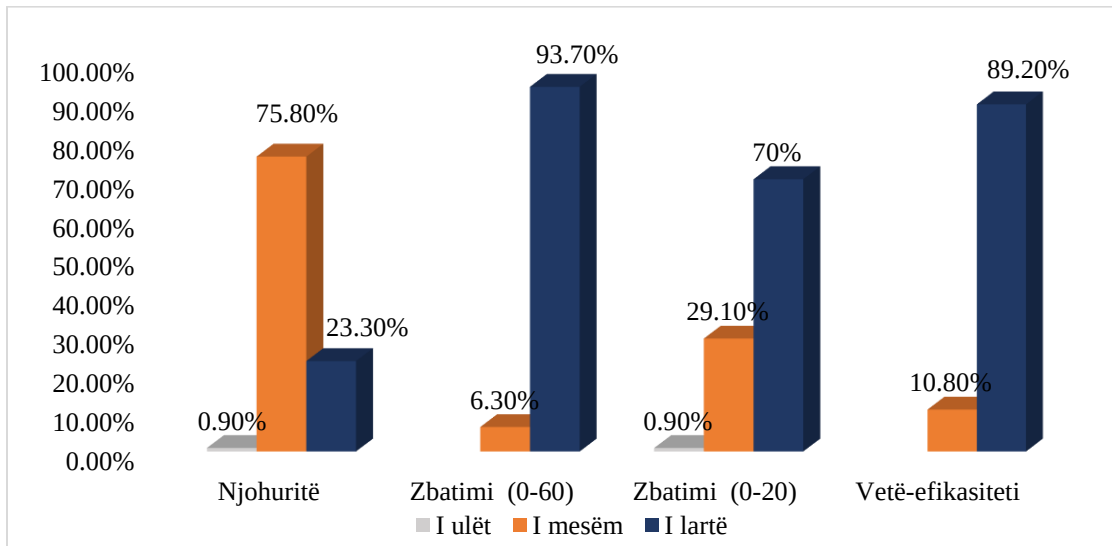
pyetësorit janë krijuar 3 variabla dhe është bërë kategorizimi i tyre sipas nivelit të njohurive, nivelit të zbatimit të MPS dhe vetë-efikasitetit. Bazuar në pikët e mbledhura, 2 (0.9%) subjekte kishin nivel të ulët, 169 (75.8%) kishin nivel mesatar dhe 52 (23.3%) subjekte paraqitën nivel të lartë të njohurive lidhur me MPS.

Për shkallën e zbatimit lidhur me MPS sipas pikëzimit 0–60, 93.7% (n=209) e pjesëmarrësve u klasifikuan me zbatim të mirë, ndërsa 6.3% (n=14) paraqitën zbatueshmëri mesatare (31–40) dhe asnjë pjesëmarrës nuk u klasifikua me zbatueshmëri të ulët (0–30 pikë). Ky rezultat tregon një nivel të lartë të vetëraportuar të zbatimit, duke sugjeruar se pjesëmarrësit raportojnë përfshirje të shpeshtë ose gjithmonë në praktikën e masave standarde.

Për shkallën e zbatimit sipas pikëzimit 0–20 (metoda dikotomike) rezultoi se 70.0% (n=156) e pjesëmarrësve kishin zbatueshmëri të mirë (14–20 pikë), 29.1% (n=65) kishin zbatueshmëri mesatare (7–13 pikë), dhe 0.9% (n=2) kishin zbatueshmëri të ulët (0–6 pikë). Ky krahasim tregon se mënyra e pikëzimit ndikon ndjeshëm në interpretimin e të dhënave dhe duhet të zgjidhet në përputhje me qëllimin e analizës. Pikëzimi i plotë (0–60) reflekton sjellje të përditshme dhe zbatueshmëri reale, ndërsa pikëzimi dikotomik (0–20) mund të jetë më i përshtatshëm për vlerësim të standardizuar të cilësisë ose për qëllime të auditimit klinik.

Për seksionin e vetë-efikasitetit, 24 (10.8%) subjekte rezultuan që të kishin nivel mesatar dhe 199 (89.2%) subjekte treguan nivel të lartë të vetë-efikasitetit.

Grafiku 12. Klasifikimi i nivelit të njohurive, zbatimit dhe vetë-efikasitetit



Në grafikun 12 paraqitet klasifikimi i nivelit të shkallëve të njohurive, zbatimit dhe vetë-efikasitetit. Të dhënat e paraqitura në tabelën 17 janë pasqyruar edhe në grafikun 12. Nga krahasimi u gjet që për shkallën e zbatimit (93.7%) dhe vetë-efikasitetit (89.2%) mbizotëronte niveli i lartë në shumicën absolute të pjesëmarrësve ndërsa për njohuritë mbizotëronte niveli mesatar (75.8%) i ndjekur nga niveli i lartë në 23.3% të subjekteve.

Tabela 18. Vlerat e alfa Cronbach për seksionin e njohurive, zbatimit dhe vetë-efikasitetit

Shkallët	alfa Cronbach
Njohuritë	0.520
Zbatimi	0.799
Vetë-efikasiteti	0.908

Në tabelën 18 janë paraqitur vlerat e alfa Cronbach për seksionin e njohurive, zbatimit dhe vetë-efikasitetit. Për të njësuar nivelin e besueshmerisë është përdorur koeficienti alfa Cronbach që tregon që instrumenti është i besueshëm. Për seksionin e njohurive rezulton që të jetë $\alpha \geq 0.5$ që reflekton një nivel mesatar besueshmërie, për seksionin e zbatimit $\alpha \geq 0.799$ që paraqet një nivel të mirë besueshmërie dhe për seksionin e vetë-efikasitetit $\alpha \geq 0.908$ që reflekton një nivel shumë të mirë besueshmërie.

Tabela 19. Statistika e item total correlation e seksionit të njohurive

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
B1	11.4798	2.953	.367	.239
B2	11.7265	2.992	.330	.253
B3	11.8161	3.214	.221	.299
B4	12.0179	3.531	.146	.331
B5	11.6547	4.308	-.369	.500
B6	12.0359	3.710	.003	.362
B7	12.0359	3.611	.096	.343
B8	12.0673	3.766	-.029	.365
B9	11.1570	3.493	.378	.306
B10	11.1480	3.577	.307	.321
B11	11.5919	2.963	.336	.248
B12	11.1659	3.607	.179	.332
B13	11.2332	3.477	.182	.322
B14	11.6682	3.061	.276	.274
B15	11.1704	3.493	.310	.309
B16	11.1345	3.676	.232	.337
B17	11.1435	3.619	.267	.328
B18	11.4395	4.238	-.346	.483
B19	11.4215	3.921	-.187	.435
B20	11.1928	3.553	.176	.328

Në tabelën 19, vlerat e item total correlation për seksionin e njohurive variojnë nga -0.369 (më e ulët) deri në 0.378 (më e lartë). 12 pyetje nga 20 në total rezultojnë me vlerat nga 0.2 deri në 0.4, që tregon një nivel mesatar përputhshmërie dhe 8 pyetje nga 20 paraqiten me vlerat < 0.2 që tregon një nivel jo të mirë përputhshmërie të këtyre pyetjeve me qëllimin për të cilin janë hartuar.

Tabela 20. Statistika e item total correlation e shkallës së zbatimit

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
C1	49.3184	43.975	.226	.777
C2	50.4484	35.861	.455	.763
C3	50.4170	35.785	.513	.755
C4	49.4664	43.637	.071	.784
C5	49.3229	44.066	.234	.777
C6	49.6413	41.582	.292	.772
C7	49.4978	41.566	.400	.767
C8	49.9013	39.630	.318	.772
C9	49.5336	40.304	.471	.762
C10	49.4619	43.268	.217	.776
C11	49.4260	42.417	.399	.770
C12	49.5516	42.203	.259	.774

C13	49.5561	40.725	.453	.763
C14	49.3722	42.955	.292	.773
C15	50.6233	34.984	.491	.759
C16	49.8161	37.889	.532	.754
C17	49.7085	38.910	.441	.761
C18	49.4305	42.363	.307	.772
C19	49.4484	41.501	.420	.766
C20	49.4260	42.948	.216	.776

Në tabelën 20 paraqiten vlerat e item total correlation për seksionin e zbatimit lidhur me masat paraprake standarde, ku vlerat variojnë nga 0.071 (më e ulët) deri në 0.532 (më e lartë). Pjesa më e madhe e pyetjeve 9 nga 20 pyetje rezultojnë me vlerat e ITT > 0.4, që tregon se këto pyetje kanë një nivel shumë të mirë përputhshmërie me qëllimin për të cilin janë krijuar. 10 nga 20 pyetje rezultojnë me vlerat nga 0.2 deri në 0.4, që tregon një nivel mesatar përputhshmërie dhe 1 pyetje nga 20 në total rezultojë me vlerën < 0.2 që tregon një nivel jo të mirë përputhshmërie.

Tabela 21. Statistika e item total correlation e seksionit të vetë-efikasitetit

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
D1	30.9686	27.382	.682	.895
D2	31.2960	26.615	.591	.903
D3	31.0269	27.035	.677	.895
D4	31.0359	26.602	.674	.895
D5	30.8430	27.655	.641	.897
D6	30.8386	27.586	.690	.894
D7	30.7892	27.879	.654	.897
D8	30.8969	27.435	.696	.894
D9	30.9776	27.247	.689	.894
D10	30.7982	27.801	.678	.895

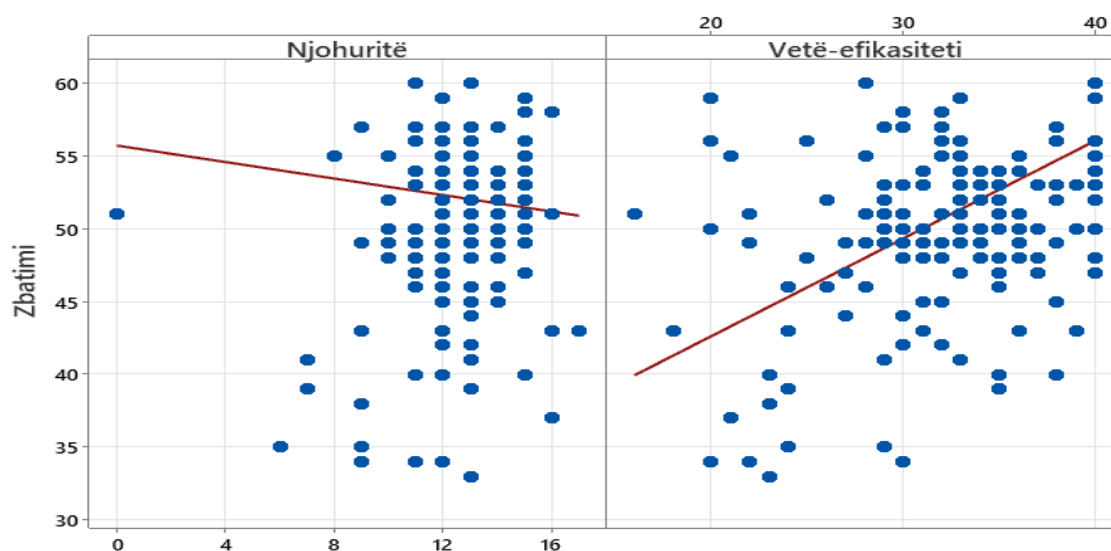
Në tabelën 21 vlerat e item total correlation variojnë nga 0.591 deri në 0.696. Këto vlera tregojnë një përputhshmëri të lartë të pyetjeve me qëllimin e seksionit të vetë-efikasitetit.

Tabela 22. Korrelacioni midis nivelit të njohurive dhe vetë-efikasitetit me zbatimin

Variablat	R	95%CI	P
Seksioni i vlerësimit të njohurive lidhur me MPS	-0.08	-0.21 – 0.04	0.2
Seksioni i vlerësimit të vetë-efikasitetit	0.58	0.48 – 0.66	<0.01

Në analizën e paraqitur në tabelën 22 u identifikua një korrelacion i dobët jo sinjifikant ndërmjet nivelit të njohurive të stafit infermioror lidhur me zbatimin e masave paraprake standarde ($r=-0.08$ $p=0.2$). Rritja e nivelit të njohurive nuk është e shoqëruar me rritjen e vlerave të zbatimit por me një ulje të lehtë të tyre, megjithëse jo sinjifikante. Ndërkohë, u identifikua një korrelacion mesatar pozitiv sinjifikant i vlerave të vetë-efikasitetit me seksionin e zbatimit të masave paraprake standarde ($r=0.58$ $p<0.01$). Me rritjen e nivelit të vetë-efikasitetit rriten edhe vlerat e seksionit të zbatimit të masave paraprake standarde, dhe mardhënia është sinjifikante. Korrelacioni mesatar pozitiv dhe sinjifikant midis vlerave të dy seksioneve tregon që ekziston një lidhje e rëndësishme midis besimit të individëve në aftësitë e tyre për të arritur qëllimet dhe objektivat e vendosura si dhe ndërgjegjësimi në implementimin e masave të duhura mbrojtëse.

Grafiku 13. Korrelacioni midis nivelit të njohurive dhe vetë-efikasitetit me zbatimin



Grafiku 13 paraqet korrelacionin midis nivelit të njohurive dhe vetë-efikasitetit me seksionin e zbatimit të masave paraprake standarde.

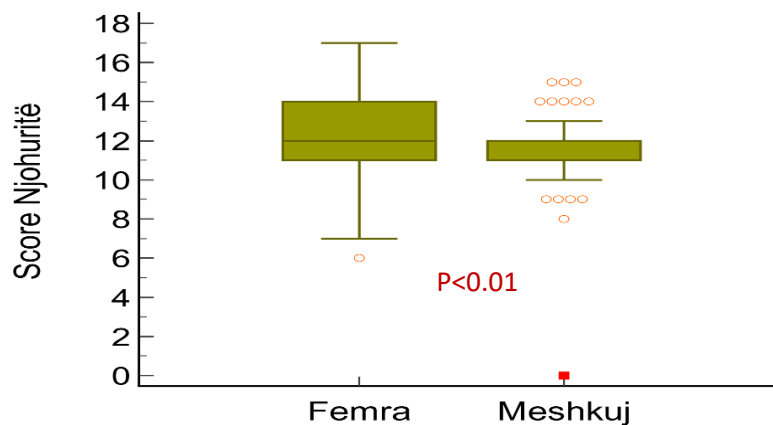
Tabela 23. Krahasimi i njohurive sipas të dhënave demografike dhe profesionale

Variabla	Njohuritë		P
	M	SD	
Gjinia			<0.01
Femra	12.4	1.7	
Meshkuj	11.2	2.3	
Niveli arsimor			0.6
Bachelor "Infermieri e Përgjithshme"	12.4	1.9	
Bachelor "Mami"	12.3	1.0	
Doktoraturë	11.0	0.0	
Master Profesional	12.1	1.7	
Master Shkencor	12.0	2.2	
Pozicioni i punës			0.08
Infermier i Përgjithshëm	12.0	1.9	
Infermieri-Mami	12.9	1.8	
Kryeinfermiere	12.4	1.3	
Reparti i punës			<0.01
Banka e Gjakut	15.0	0.0	
Infektiv	12.8	1.8	
Kardiologji	13.3	1.2	
Kirurgji	11.0	0.0	
Neurologji	11.4	1.0	
Obsetrikë-Gjinekologji	12.4	2.2	
ORL	14.1	1.0	
Ortopedi-Traumatologji	11.0	0.0	
Patologji	13.1	0.9	
Pediatri	12.6	1.6	
Reanimacion	11.2	0.6	
Sallë Operatore	10.8	1.1	
Urgjencë	11.6	2.9	
Eksperienca në punë			
1-5 vite	12.4	1.6	

6-10 vite	11.7	2.3	0.2
11-15 vite	12.1	2.1	
Mbi 16 vite	12.3	1.7	
Turnet e punës			<0.01
Paradite	12.4	1.6	
Mbasdite	11.1	0.2	
Natën	10.4	1.7	
Tre turne	12.2	2.2	

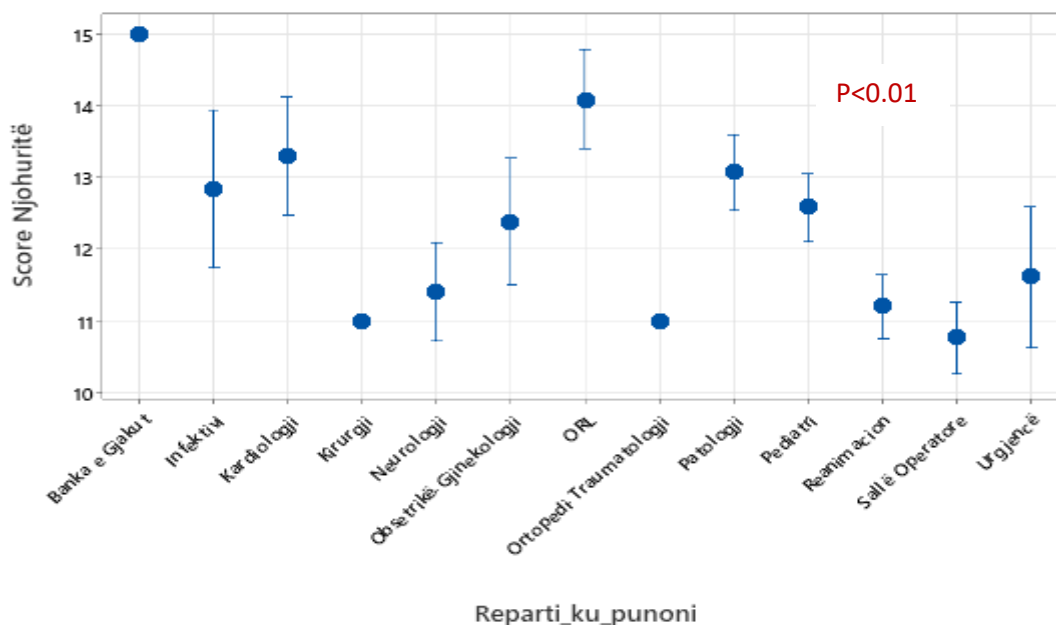
Në tabelën 23 është paraqitur përmbledhja e variablave dhe krahasimi i tyre, ku konkretisht është krahasuar niveli i njohurive sipas gjinisë, arsimit, pozicionit të punës, eksperiencës në punë dhe turneve të punës.

Grafiku 14. Box plot i krahasimit të njohurive sipas gjinisë së subjekteve në studim



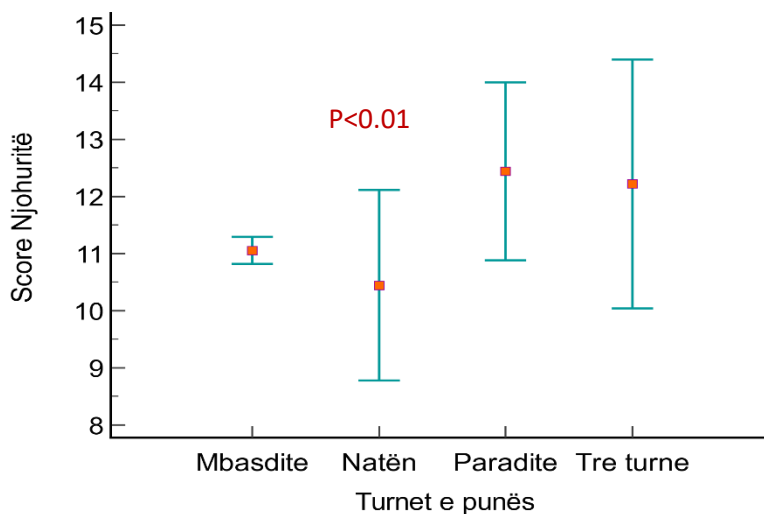
Nga krahasimi i pikëve të vlerësimit të njohurive sipas karakteristikave demografike dhe profesionale të paraqitura në grafikun 14 u pa se gjinia femërore kishte një nivel më të lartë të njohurive ($p < 0.01$) krahasuar me gjininë mashkullore.

Grafiku 15. Box plot i krahasimit të pikëve të njohurive sipas repartit të punës



Bazuar në të dhënat e paraqitura në grafikut 15, subjektet të cilët ushtronin aktivitetin e tyre në bankën e gjakut, kardiologji, orl dhe patologji ($p < 0.01$) rezultuan që të kishin një nivel më të lartë të njohurive krahasuar me subjektet të cilët punonin në repartet e tjera.

Grafiku 16. Box plot i krahasimit të pikëve të njohurive sipas turneve të punës



Në grafikun 16 u identifikuan si subjekte me nivel më të lartë të njohurive subjektet që punonin paradite dhe me tre turne ($p < 0.01$).

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant i nivelit të njohurive sipas nivelit arsimor ($p = 0.6$), pozicionit të punës ($p = 0.08$) dhe experiencës në punë ($p = 0.2$).

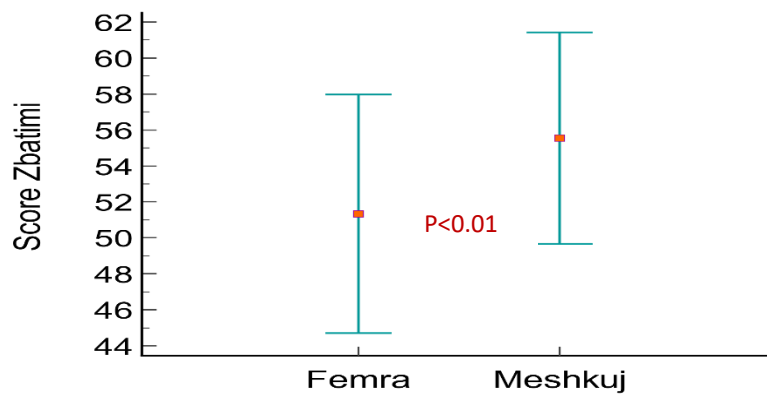
Tabela 24. Krahassimi i zbatimit të MPS sipas të dhënave demografike dhe profesionale

Variabla	Zbatimi		P
	M	SD	
Gjinia			<0.01
Femra	51.3	6.6	
Meshkuj	55.5	5.9	
Niveli arsimor			0.08
Bachelor "Infermieri e Përgjithshme"	50.6	6.2	
Bachelor "Mami"	50.2	6.6	
Doktoraturë	60.0	0.0	
Master Profesional	52.7	6.6	
Master Shkencor	53.0	6.9	
Pozicioni i punës			0.1
Infermier i Përgjithshëm	52.5	6.7	
Infermiere Mami	49.6	6.6	
Kryeinfermiere	54.4	4.1	<0.01
Reparti i punës			
Banka e Gjakut	47.0	0.0	
Infektivi	53.9	4.5	
Kardiologji	51.1	2.8	
Kirurgji	60.0	0.0	
Neurologji	53.5	4.1	
Obsetrikë-Gjinekologji	47.6	7.0	
ORL	49.0	4.6	
Ortopedi-Traumatologji	60.0	0.0	
Patologji	50.9	4.0	
Pediatri	49.0	6.9	
Reanimacion	58.8	3.8	
Sallë Operatore	58.8	5.5	
Urgjencë	50.4	4.6	<0.01
Eksperienca në punë			
1-5 vite	49.8	6.6	
6-10 vite	52.3	7.1	
11-15 vite	53.3	7.0	
Mbi 16 vite	53.7	5.6	<0.01
Turnet e punës			
Paradite	53.7	5.7	
Mbasdite	59.1	4.0	
Natën	57.2	8.3	

Tre turne	50.2	6.4	
-----------	------	-----	--

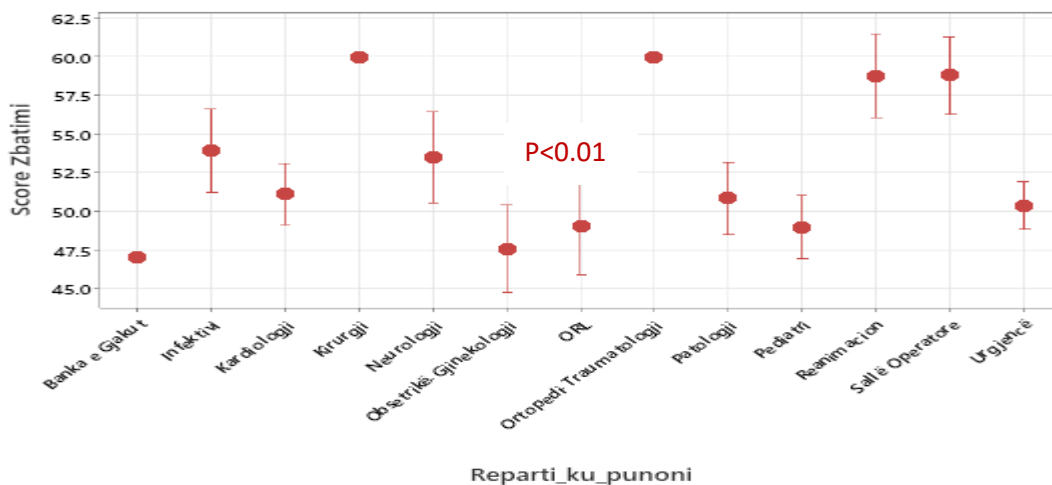
Në tabelën 24 është bërë një përmbledhje e variablave, ku u krahasuan nivelet e zbatimit të masave paraprake standarde në përputhje me faktorë të tjerë si gjinia, arsimi, pozicioni, eksperiencia në punë dhe turnet e punës. Kjo analizë ofron një pasqyrë të qartë mbi mënyrën se si këta faktorë ndikojnë në efektivitetin e zbatimit të masave paraprake standarde, duke vënë në dukje dallimet e mundshme midis grupeve të ndryshme.

Grafiku 17. Box plot i krahasimit të nivelit të zbatimit sipas gjinisë



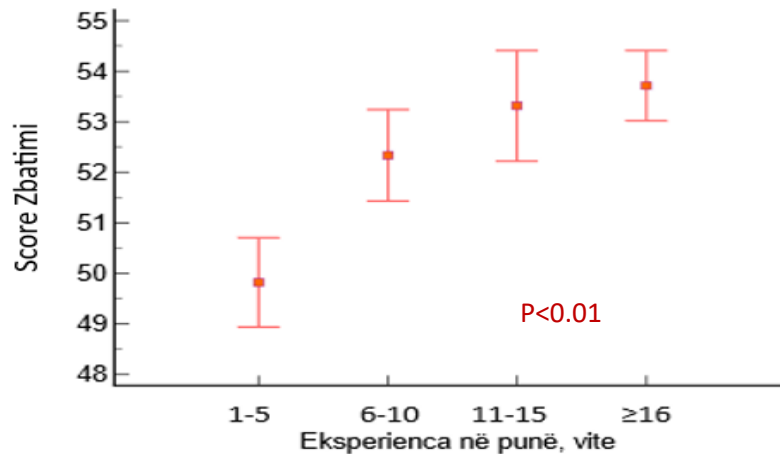
Nga krahasimi i pikëve të seksionit të zbatimit të masave paraprake standarde sipas gjinisë u gjet që nivel më të lartë të zbatimit të këtyre masave kishin meshkujt ($p < 0.01$) krahasuar me femrat. Të dhënat janë paraqitur në grafikun 17.

Grafiku 18. Box plot i krahasimit të nivelit të zbatimit sipas repartit të punës



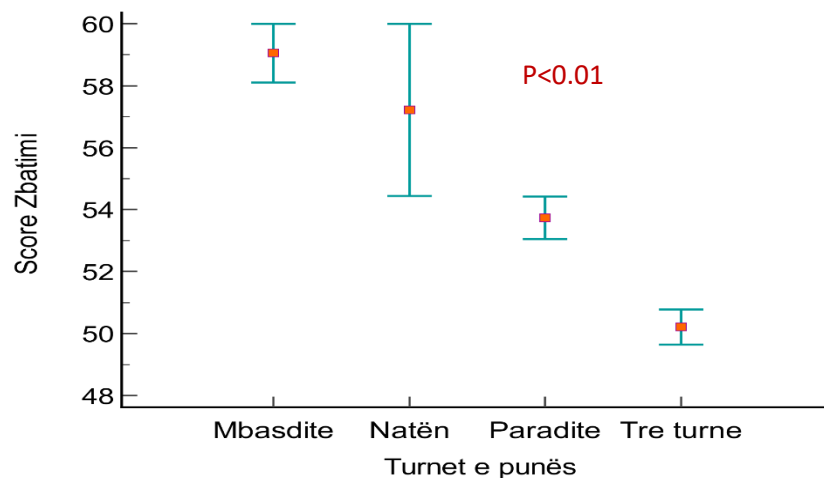
Referuar të dhënave të paraqitura në grafikun 18, ku është bërë krahasimi i pikëve të seksionit të zbatimit të masave paraprake standarde sipas repartit, u gjet një nivel më i lartë i zbatimit në repartet si: kirurgji, ortopedi-traumatologji, reanimacion, sallë operatore ($p<0.01$) krahasuar me repartet e tjera.

Grafiku 19. Box plot i krahasimit të nivelit të zbatimit sipas eksperiencës në punë



Në grafikun 19, paraqitet krahasimi i pikëve të seksionit të zbatimit të masave paraprake standarde sipas eksperiencës në punë, ku u vu re se stafi i cili kishte një experiencë pune >11 vite ($p<0.01$) kishin një nivel më të lartë të zbatimit të masave paraprake standarde krahasuar me subjektet e tjera që kishin ekperienca të tjera.

Grafiku 20. Box plot i krahasimit të nivelit të zbatimit sipas turneve të punës



Në grafikun 20, paraqitet krahasimi i pikëve të seksionit të zbatimit të masave paraprake standarde sipas turneve të punës, ku u vu re se stafi që punonte mbasdite dhe natën ($p < 0.01$) kishin një përdorim më të gjerë të masave paraprake standarde krahasuar me stafin që punonte paradite dhe me tre turne.

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant i nivelit të zbatimit të masave paraprake standarde sipas nivelit arsimor ($p = 0.08$) dhe pozicionit të punës ($p = 0.1$).

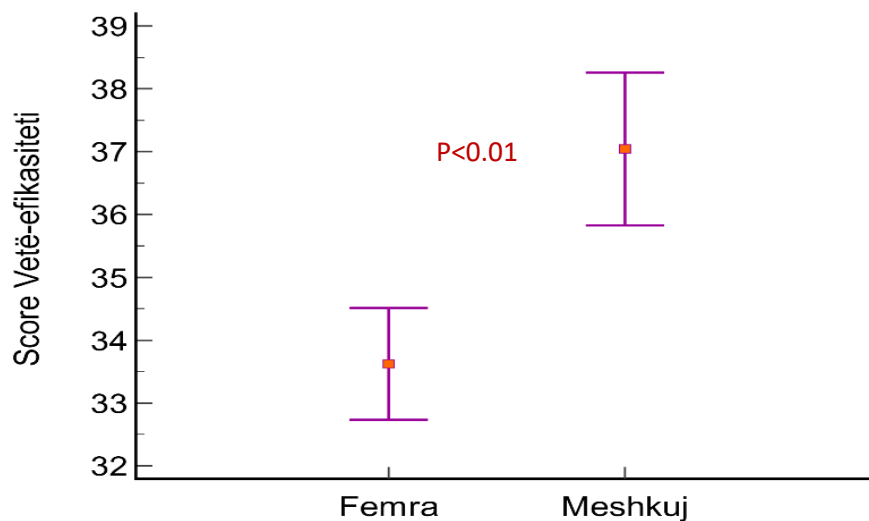
Tabela 25. Krahasimi i vetë-efikasitetit sipas të dhënave demografike dhe profesionale

Variabla	Vetë-efikasiteti		P
	M	SD	
Gjinia			<0.01
Femra	33.6	5.9	
Meshkuj	37.0	4.3	
Niveli arsimor			0.3
Bachelor "Infermieri e Përgjithshme"	33.6	5.5	
Bachelor "Mami"	32.2	6.7	
Doktoraturë	40.0	0.0	
Master Profesional	34.7	5.4	
Master Shkencor	34.7	6.1	
Pozicioni i punës			0.2
Infermier i Përgjithshëm	34.6	5.7	
Infermieri- Mami	32.5	5.6	
Kryeinfermiere	33.7	7.5	
Reparti i punës			<0.01
Banka e Gjakut	40.0	0.0	
Infektiv	36.5	4.7	
Kardiologji	34.3	4.1	
Kirurgji	40.0	0.0	
Neurologji	37.3	1.8	
Obsetrikë-Gjinekologji	31.5	6.3	
ORL	33.6	2.5	
Ortopedi-Traumatologji	40.0	0.0	
Patologji	32.6	6.4	
Pediatri	29.6	5.5	

Reanimacion	39.1	2.8	
Sallë Operatore	39.2	3.5	
Urgjencë	33.8	4.5	
Eksperienca në punë			<0.01
1-5 vite	32.1	5.7	
6-10 vite	34.6	5.7	
11-15 vite	35.7	5.2	
Mbi 16 vite	35.4	5.8	
Turnet e punës			<0.01
Paradite	35.2	5.4	
Mbasdite	39.5	2.1	
Natën	38.2	5.3	
Tre turne	32.9	5.8	

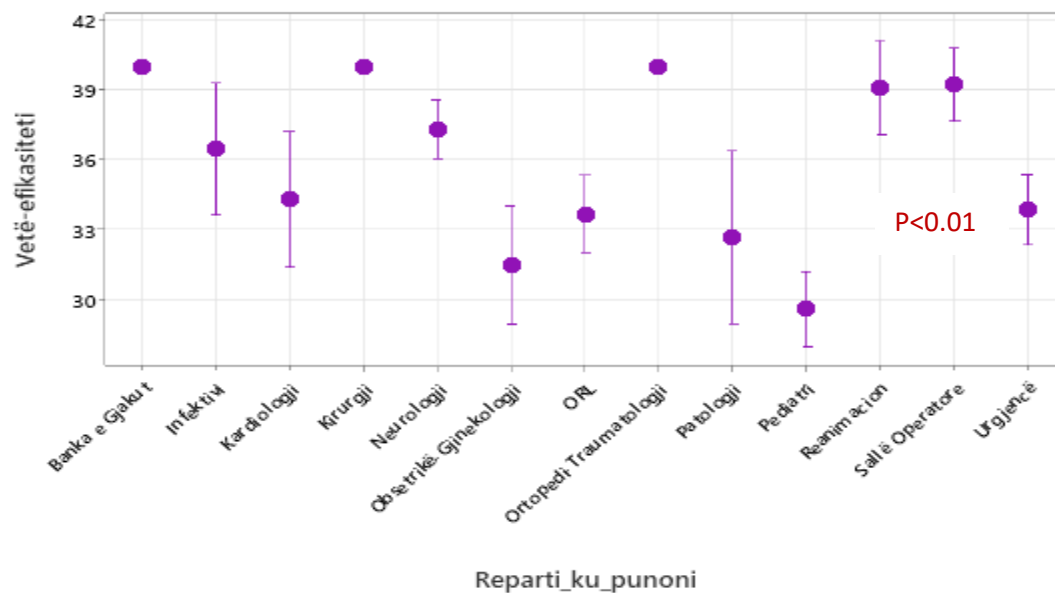
Në tabelën 25 është paraqitur krahasimi i pikëve të vetë-efikasitetit midis variablat demografikë dhe atyre të punës, duke ofruar një analizë të thelluar mbi ndikimin e këtyre faktorëve në perceptimin e aftësive personale.

Grafiku 21. Box plot i krahasimit të nivelit të vetë-efikasitetit sipas gjinisë



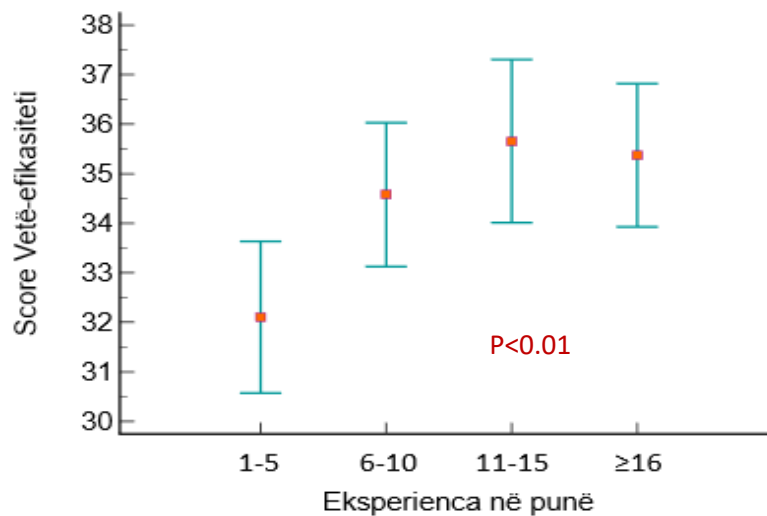
Në grafikun 21 është paraqitur krahasimi i pikëve të vetë-efikasitetit sipas gjinisë ku u gjet që nivel më të lartë të vetë-efikasitetit kishin meshkujt ($p<0.01$) krahasuar me femrat.

Grafiku 22. Box plot i krahasimit të nivelit të vetë-efikasitetit sipas repartit të punës



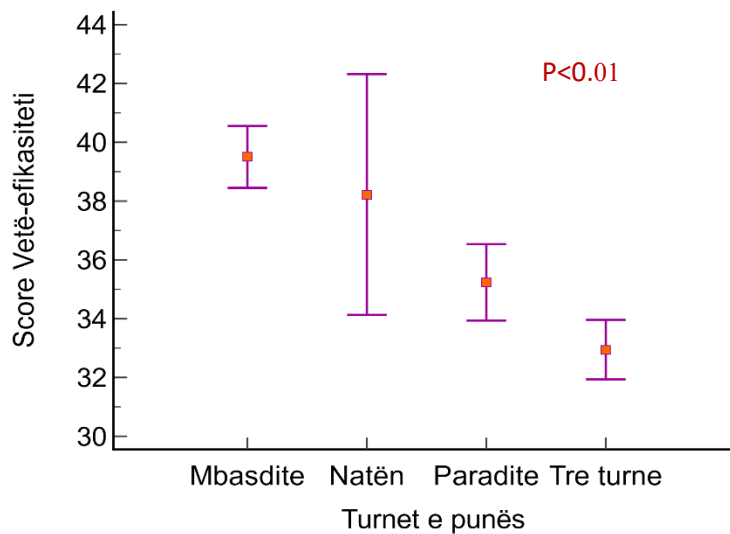
Referuar të dhënave të paraqitura në grafikun 22, u gjet një ndryshim sinjifikant në krahasimin midis nivelit të vetë-efikasitetit dhe reparteve të subjekteve në studim. Repartet si: banka e gjakut, infektiv, kirurgji, neurologji, ortopedi-traumatologji, reanimacion, sallë operatore ($p<0.01$) kishin një nivel më të lartë të vetë-efikasitetit krahasuar me repartet e tjera.

Grafiku 23. Box plot i krahasimit të nivelit të vetëefikasitetit sipas eksperiencës në punë



Të dhënat e grafikut 23 paraqesin një ndryshim sinjifikant në subjektet që kishin >11 vite experiencë pune, ku u gjet një nivel më i lartë i vetë-efikasitetit në këto subjektet krahasuar me subjektet e tjera.

Grafiku 24. Box plot i krahasimit të nivelit të vetë-efikasitetit sipas turneve të punës



Në grafikun 24 paraqitet krahasimi i nivelit të vetë-efikasitetit sipas turneve të punës ku vihet re një ndryshim sinjifikant në stafin që punon në turnin e mbasdites dhe në turnin e natës ($p<0.01$).

Nuk u gjet ndryshim sinjifikant i nivelit të vetë-efikasitetit sipas nivelit arsimor ($p=0.3$) dhe pozicionit të punës ($p=0.2$).

Tabela 26. Faktorët prediktorë të zbatimit të MPS (Regresioni linear univariat)

Modeli	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	T	P	95% CI for B		Partial Coefficients
	B	SE				Lower bound	Upper bound	
Gjinia	4.199	1.038	0.262	4.044	0.000	2.153	6.245	0.262
Mosha	-0.064	0.067	-0.065	-0.965	0.335	-0.196	0.067	-0.065
Pozicioni i punës	-0.701	1.000	-0.047	-0.701	0.484	-2.671	1.269	-0.047
Reparti i punës	-0.072	0.129	-0.037	-0.558	0.578	-0.326	0.182	-0.037
Statusi civil	0.176	0.398	0.030	0.443	0.658	-0.609	0.962	0.030
Niveli arsimor	0.610	0.276	0.147	2.211	0.028	0.066	0.954	0.147

Eksperiencia në punë	-0.063	0.067	-0.063	-0.946	0.345	-0.195	0.069	-0.063
Turnet e punës	-1.409	0.315	-0.288	-4.472	0.000	-2.030	-0.788	-0.288
Lëndim 6 muajt e fundit	-1.978	0.895	-0.147	-2.209	-1.978	-3.743	-0.213	-0.147
Numri i lëndimeve	-0.995	0.416	-0.159	-2.391	0.018	-1.815	-0.175	-0.159
Ekspozim i lëkurës 6 muajt e fundit	-5.384	1.022	-0.334	-5.270	0.000	-7.397	-3.371	-0.334
Trajnuar për MSP	-3.119	0.909	-0.225	-3.430	0.001	-4.911	-1.327	-0.225
Dëshirë për trajnim për MPS	-8.433	0.826	-0.566	-10.214	0.000	-10.060	-6.806	-0.566
Kontenier për mbetjet e mprehta	-2.730	6.715	-0.027	-0.407	0.685	-15.963	10.503	-0.027
Vaksinim për HBV	-5.729	0.811	-0.429	-7.064	0.000	-7.327	-4.130	-0.429
Njohuritë lidhur me MPS	-0.283	0.230	-0.083	-1.231	0.219	-0.737	0.170	-0.083
Vetë-efikasiteti	0.672	0.063	0.580	10.591	0.000	0.547	0.797	0.580

Në analizën e regresionit linear univariat të paraqitur në tabelën 26, vihet re se faktorët sinjifikant dhe të pavarur që ndikojnë në zbatimin e masa paraprake standarde rezultuan që të ishin:

- Gjinia
- Niveli arsimor
- Turnet e punës
- Numri i lëndimeve
- Ekspozim i lëkurës në 6 muajt e fundit
- Trajnuar për MPS
- Dëshirë për trajnim për MPS
- Vaksinim për HBV
- Vetë-efikasiteti

Analiza e regresionit linear univariat evidentoi disa faktorë që ndikojnë në mënyrë të rëndësishme statistikisht në nivelin e zbatimit të masave të sigurisë në punë.

Gjinia rezultoi një faktor i rëndësishëm pozitiv, ku njëra nga gjinitë (më së shumti femrat) shënonte nivele më të larta zbatimi ($B = 4.199$, $p < 0.001$). Po ashtu, niveli arsimor kishte

ndikim të favorshëm në zbatim, ku çdo rritje në nivelin e edukimit lidhej me përmirësim të ndjeshëm në praktikën e zbatimit të MPS ($B = 0.610, p = 0.028$).

Faktorët me ndikim negativ përfshinin punën me turne, e cila ishte e lidhur me një ulje të konsiderueshme të zbatimit ($B = -1.409, p < 0.001$), si dhe përjetimi i lëndimeve në 6 muajt e fundit ($B = -1.978$) dhe numri i lëndimeve ($B = -0.995, p = 0.018$), të cilat shoqëroheshin me ulje të dukshme të zbatimit të MPS. Ekspozimi i lëkurës ndaj gjakut apo lëngjeve biologjike gjatë kësaj periudhe lidhej me një ndikim shumë të fortë negativ ($B = -5.384, p < 0.001$), duke sinjalizuar se mungesa e mbrojtjes fizike përbën një pengesë reale në zbatimin e MPS.

Elementët që lidhen me njohuritë dhe motivimin profesional ishin gjithashtu të rëndësishëm: mungesa e trajnimit për MPS ($B = -3.119, p = 0.001$) dhe mungesa e dëshirës për t'u trajnuar ($B = -8.433, p < 0.001$) u shoqëruan me rënie të ndjeshme në zbatim. Po kështu, mungesa e vaksinimit për Hepatit B rezultoi një faktor i rëndësishëm pengues ($B = -5.729, p < 0.001$).

Së fundmi, vetë-efikasiteti rezultoi që të ishte faktori më i fuqishëm pozitiv në model ($B = 0.672, p < 0.001$), duke sugjeruar se sa më i lartë të jetë perceptimi i kompetencës personale, aq më i madh është edhe zbatimi i praktikave të duhura të sigurisë në vendin e punës.

Tabela 27. Faktorët prediktorë të zbatimit të MPS (Regresionit linear multivariat)

Modeli	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients Beta	T	P	95% CI for B		Partial Coefficients
	B	SE				Lower bound	Upper bound	
Gjinia	1.697	0.899	0.106	1.888	0.06	-0.075	3.469	0.131
Mosha	-6.219	2.298	-6.266	-2.706	0.007	-10.75	-1.688	-0.186
Pozicioni i punës	-0.055	0.775	-0.004	-0.07	0.944	-1.583	1.474	-0.005
Reparti i punës	0.006	0.1	0.003	0.06	0.952	-0.192	0.204	0.004
Statusi civil	0.584	0.311	0.098	1.874	0.062	-0.03	1.198	0.13
Niveli arsimor	0.243	0.214	0.059	1.138	0.257	-0.178	0.664	0.079
Eksperiencia në punë	6.135	2.31	6.149	2.656	0.009	1.582	10.689	0.182
Turnet e punës	-0.354	0.276	-0.072	-1.279	0.202	-0.899	0.191	-0.089

Lëndim 6 muajt e fundit	-0.858	1.48	-0.064	-0.58	0.563	-3.776	2.06	-0.04
Numri i lëndimeve	0.592	0.694	0.094	0.852	0.395	-0.777	1.961	0.059
Ekspozim i lëkurës 6 muajt e fundit	-0.859	0.914	-0.053	-0.939	0.349	-2.661	0.944	-0.065
Trajnuar për MPS	0.438	0.765	0.032	0.572	0.568	-1.071	1.946	0.04
Dëshirë për trajnim për MPS	-4.905	1.032	-0.329	-4.753	0.001	-6.939	-2.87	-0.315
Konteiner për mbetjet e mprehta	-1.199	5.09	-0.012	-0.236	0.814	-11.235	8.836	-0.016
Vaksinim për HBV	-1.737	0.799	-0.130	-2.173	0.031	-3.312	-0.161	-0.15
Njohuritë lidhur me MPS	0.652	0.189	0.190	3.452	0.001	0.280	0.925	0.234
Vetë-efikasiteti	0.453	0.07	0.391	6.451	0.0001	0.315	0.591	0.411

Në tabelën 27 janë paraqitur faktorët prediktorë të zbatimit të masave paraprake standarde dhe është kryer analiza e regresionit linear multivariat. Koeficienti i korrelacionit të shumëfishtë R ($0 \leq R \leq 1$) përfaqëson shkallën e korrelacionit të faktorëve të shumtë ndikues me pajtueshmërinë e aktivitetit, me vlera më afër 1 që sugjerojnë një shkallë më të lartë korrelacioni. Në studim, koeficienti i korrelacionit të shumëfishtë $R = 0.732$, sugjeron një shkallë të lartë korrelacioni të faktorëve të shumëfishtë ndikues të mësipërm me përputhshmërinë e zbatimit të masave paraprake standarde. Për më tepër, koeficienti i përcaktimit R^2 ($0 \leq R^2 \leq 1$) përfaqëson përqindjen e të gjithë faktorëve ndikues për shpjegimin e pajtueshmërisë së zbatimit të masave paraprake standarde. Në studim, $R^2 = 0.535$, tregon se të gjithë faktorët e modelit që ndikojnë në pajtueshmëri mund të interpretojnë 53.5% të ndryshimit në zbatimin e masat paraprake standarde.

Tabela 28. Koeficientët R dhe R^2 të modelit regresiv

Model Summary				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.732 ^a	.535	.497	4.74457

Në modelin e regresionit multivariat të paraqitur në tablën 28, faktorët sinjifikant dhe të pavarur që ndikojnë në zbatimin e masave paraprake standarde rezultuan:

- Mosha
- Eksperienca në punë
- Dëshirë për trajnim për MPS
- Vaksinim për HBV
- Njohuritë lidhur me MPS
- Vetë-efikasiteti

Në modelin e regresionit linear multivariat, i cili kontrollon për ndikimin e njëkohshëm të të gjithë variablave, disa faktorë u identifikuan si prediktorë të rëndësishëm dhe të pavarur të zbatimit të masave të sigurisë në punë.

Së pari, mosha doli si një prediktor me ndikim negativ dhe domethënës ($B = -6.219$, $p = 0.007$), duke sugjeruar që zbatimi i masave tenton të ulet me rritjen e moshës. Në kontrast, eksperienca në punë tregoi një ndikim pozitiv dhe domethënës ($B = 6.135$, $p = 0.009$), çka nënkupton se me përvojën, zbatimi përmirësohet ndjeshëm – një gjetje interesante që nënvizon rolin e përvojës praktike përtej moshës kronologjike.

Dëshira për trajnim mbi MPS rezultoi një ndër faktorët më të fortë negativë ($B = -4.905$, $p < 0.001$). Kjo sugjeron se mungesa e dëshirës për trajnim është e lidhur me një ulje të ndjeshme në zbatim, duke përforcuar idenë se motivimi dhe qëndrimi proaktiv janë thelbësorë për përvetësimin e praktikave të duhura.

Po ashtu, vaksinimi për Hepatit B (HBV) kishte një ndikim negativ dhe domethënës ($B = -1.737$, $p = 0.031$), çka sugjeron se individët që nuk janë vaksinuar kanë një zbatim dukshëm më të ulët të masave mbrojtëse. Ky rezultat nënvizon lidhjen midis qëndrimeve dhe përgatitjes personale me sjelljet në praktikë.

Ndër faktorët me ndikim pozitiv ishin njohuritë, që përbënin një element të rëndësishëm në zbatimin e MPS ($B = 0.652$, $p = 0.001$), duke treguar se rritja e njohurive është e lidhur ngushtë me përmirësimin e praktikave të sigurisë. Së fundmi, vetë-efikasiteti ishte prediktori më i fuqishëm pozitiv në modelin multivariat ($B = 0.453$, $p < 0.001$), duke konfirmuar se besimi i punonjësve në aftësinë e tyre për të zbatuar masa mbrojtëse është një element kyç për sjellje të sigurta dhe të qëndrueshme. Në përfundim, modeli multivariat thekson se përveç përvojës dhe njohurive profesionale, faktorët psikologjikë (si vetë-efikasiteti dhe motivimi për trajnim) dhe përgatitja personale (vaksinimi) luajnë një rol të rëndësishëm në promovimin e sjelljeve të sigurta në vendin e punës.

Rezultate

Faza e dytë- Pyetësori 2

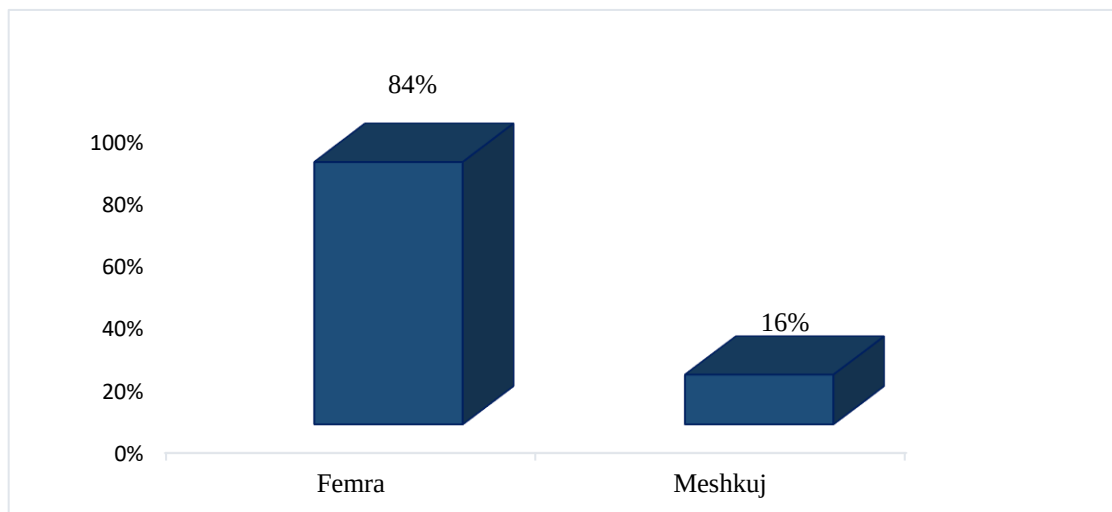
Tabela 29. Karakteristikat socio-demografike të subjekteve në studim

Variablat	N	%
Gjinia		
Femra	147	84
Meshkuj	28	16
Grupmosha		
≤ 30	50	28.5
31-40	73	41.7
>40	52	29.8
Niveli arsimor		
Arsim i mesëm	4	2.3
Arsim i lartë	56	32
Master Profesional/ Master Shkencor	115	65.7
Reparti i punës		
Dializë	14	8
Infektivi	8	4.6
Kardiologji	6	3.4
Neurologji	12	6.9
Obsetrikë-Gjinekologji	14	8
ORL	8	4.6
Ortopedi-Traumatologji	7	4.0
Patologji	9	5.1
Pediatri	31	17.7
Reanimacion	43	24.6
Urgjencë	19	10.9
Okulistikë	4	2.3
Turnet e punës		
Tre turne	104	59.4
Vetëm paradite	56	32
Vetëm mbasdite	7	4
Vetëm natën	8	4.5

Në tabelën 29 janë paraqitur të dhënat socio-demografike të subjekteve në studim.

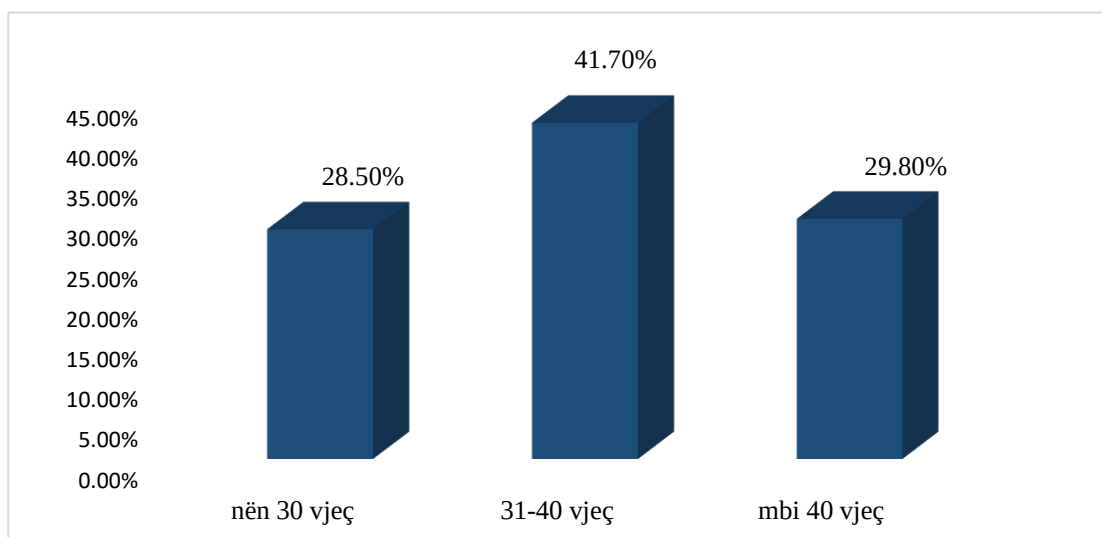
Kampioni i studimit përbëhej nga 175 infermierë/subjekte.

Grafiku 25. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas gjinisë



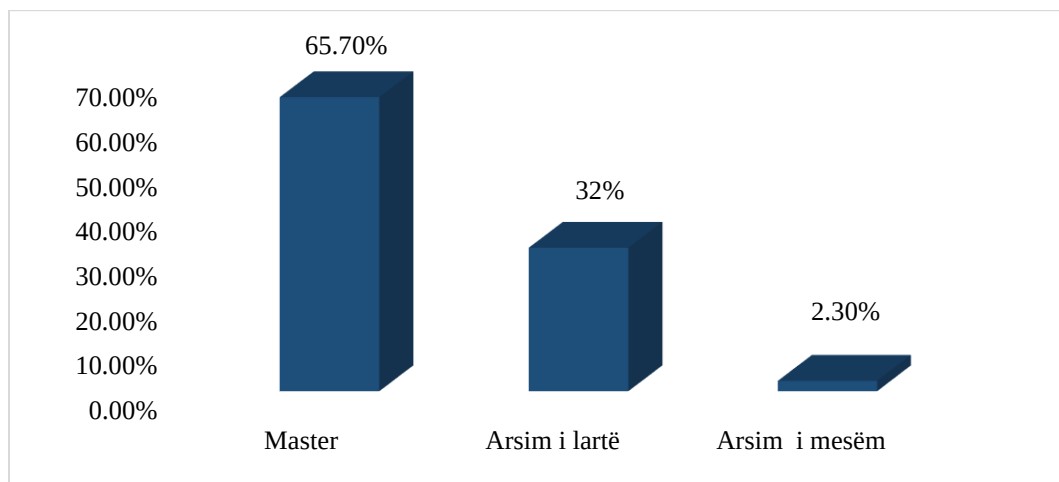
Në grafikun 25 janë paraqitur të dhënat mbi gjininë e subjekteve në studim, ku 147 (84%) ishin të gjinisë femërore dhe 28 (16%) të gjinisë mashkullore.

Grafiku 26. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas grumoshës



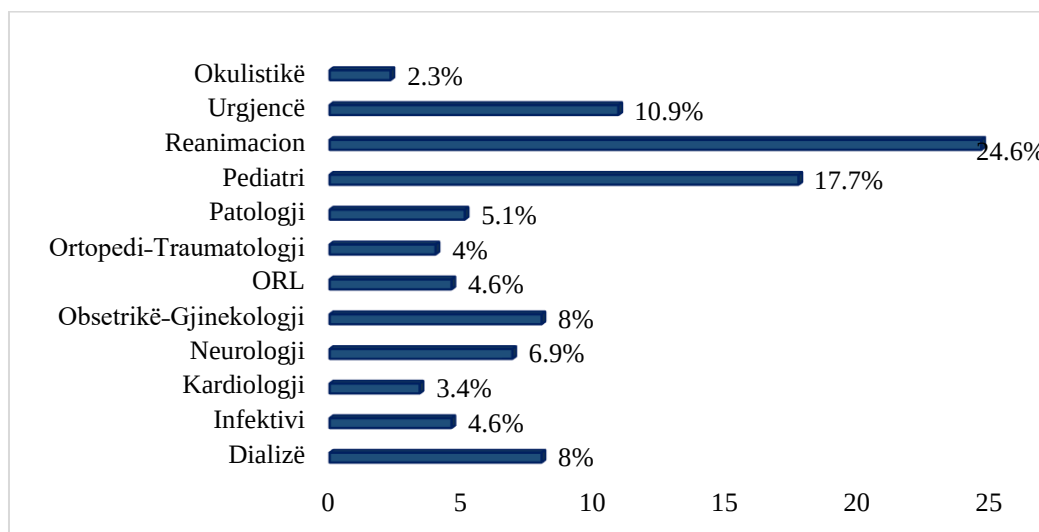
Të dhënat mbi shpërndarjen e subjekteve sipas grupmoshës janë paraqitur në grafikun 26. Duke iu referuar këtij grafiku vërejmë se 50 (28.5%) prej tyre ishin të moshës nën 30 vjeç, 73 (41.7%) i përkisnin grupmoshës 31-40 vjeç dhe 52 (29.8%) infermierë i përkisnin moshës mbi 40 vjeç.

Grafiku 27. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas nivelit arsimor



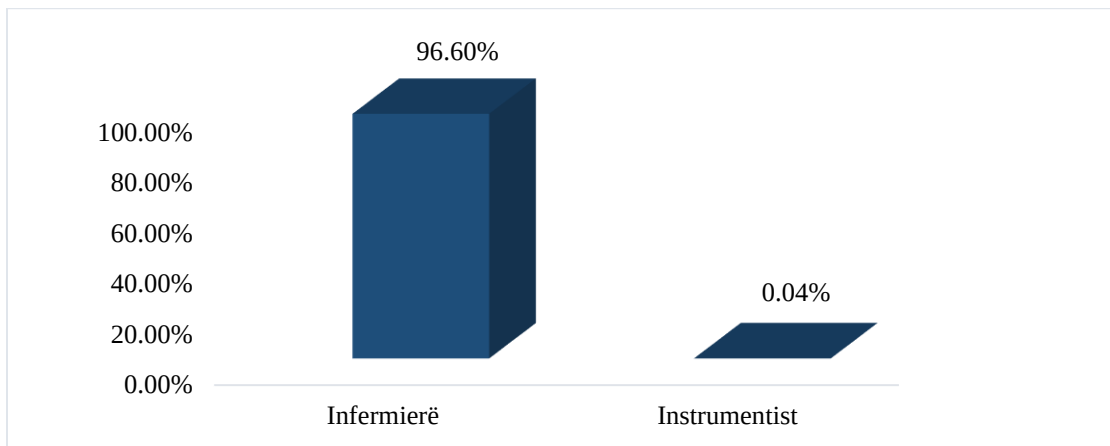
Në grafikun 27 vëmë re se 115 (65.7%) infermierë kishin përfunduar studimet në programin e studimit Master Profesional "Menaxhim Infermieror" dhe Master Shkencor "Infermieri e Përgjithshme", 56 (32%) kishin përfunduar arsimin e lartë dhe 4 (2.3%) infermierë ishin me arsim të mesëm.

Grafiku 28. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas repartit të punës



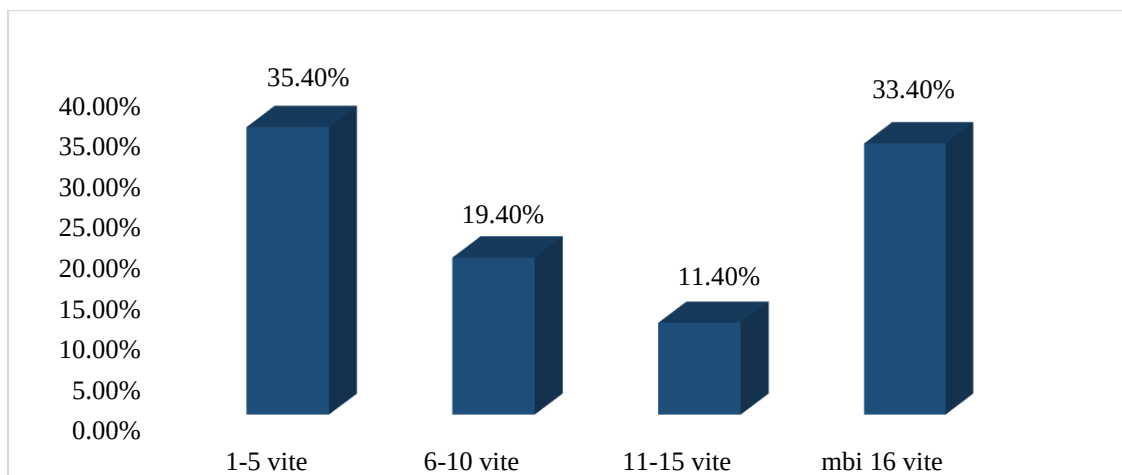
Në grafikun 28 janë paraqitur të dhënat përsa i përket repartit të punës, ku shumica e stafit punonte në reanimacion (24.6%) ndjekur nga pediatri (17.7%), urgjencë (10.9%), dializë (8%), obsetrikë-gjinekologji (8%), neurologji (6.9%), patologji (5.1%), infektiv (4.6%), orl (4.6%), ortopedi-traumatologji (4%), kardiologji (3.4%), okulistikë (2.3%).

Grafiku 29. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas pozicionit të punës



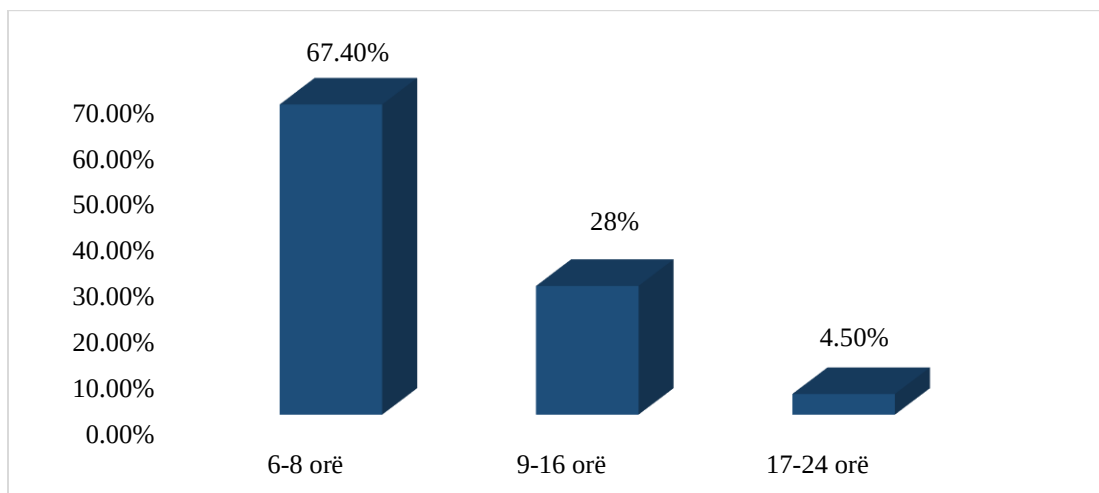
Referuar të dhënave të paraqitura në grafikun 29 lidhur me pozicionin e punës, 169 (96.6%) kanë pohuar se ushtronin profesionin e tyre si infermierë dhe 6 (0.04%) si instrumentistë.

Grafiku 30. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas eksperiencës në punë



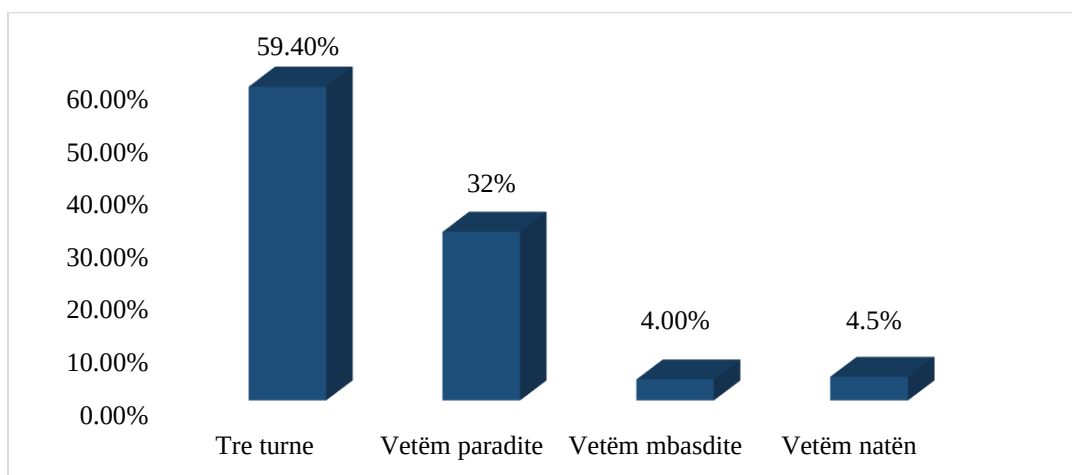
Në grafikun 30 janë paraqitur të dhënat mbi eksperiencën në punë të stafit infermior ku vihet re se: 62 (35.4%) infermierë kishin 1-5 vite eksperiencë pune, 34 (19.4%) infermierë kishin 6-10 vite, 20 (11.4%) infermierë kishin 11-15 vite eksperiencë pune dhe 59 (33.7%) infermierë kishin mbi 16 vite eksperiencë pune.

Grafiku 31. Shpërndarja e subjekteve në studim sipas orarit të punës



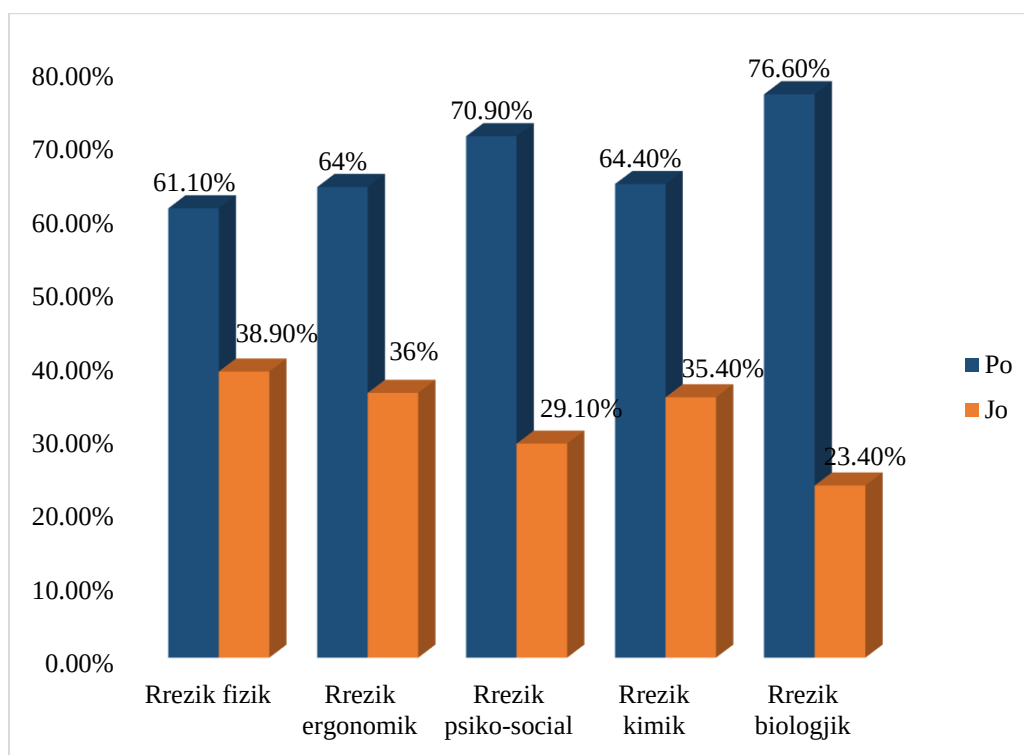
Në grafikun 31 janë paraqitur të dhënat lidhur me kohëzgjatjen e orarit të punës, ku u vu re se 118 (67.4%) infermierë punonin mesatarisht 6-8 orë, 49 (28%) infermierë punonin 9-16 orë dhe 8 (4.5%) infermierë raportuan se punonin 17-24 orë.

Grafiku 32. Shpërndarja e subjekteve sipas turneve të punës



Nga grafiku 32 vihet re se 104 (59.4%) infermierë ushtronin aktivitetin e tyre me tre turne, 56 (32%) infermierë punonin vetëm paradite, 7 (4%) punonin vetëm mbasdite dhe 8 (4.5%) infermierë punonin vetëm natën.

Grafiku 33. Shpërndarja e ekspozimeve spitalore



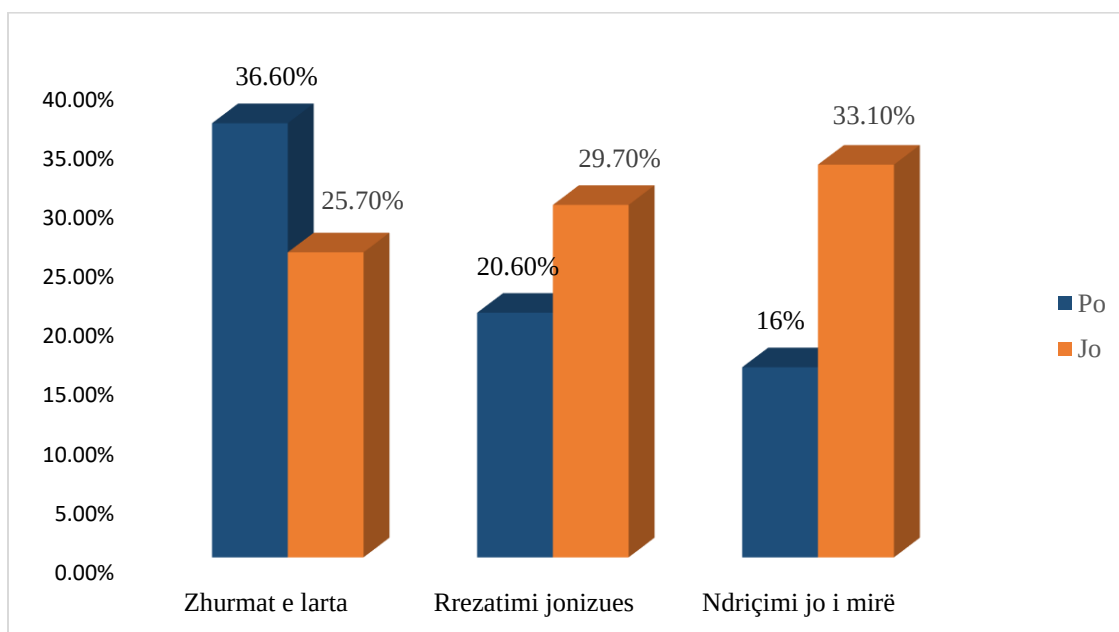
Në grafikun 33 janë paraqitur tipet e ekspozimeve spitalore, ku 61.1% e kampionit të studimit ishin ekspozuar ndaj rrezikut fizik, 64% ishin ekspozuar ndaj rrezikut ergonomik, 70.9% ishin ekspozuar ndaj rrezikut psiko-social, 64.6% e infermierëve pohuan se ishin ekspozuar ndaj rrezikut kimik dhe 76.6% e stafit infermieror ishin ekspozuar ndaj rrezikut biologjik.

Tabela 30. Testet e besueshmërisë për pyetësin e dytë

Alfa Cronbach	0.520
Item total correlation	0.799

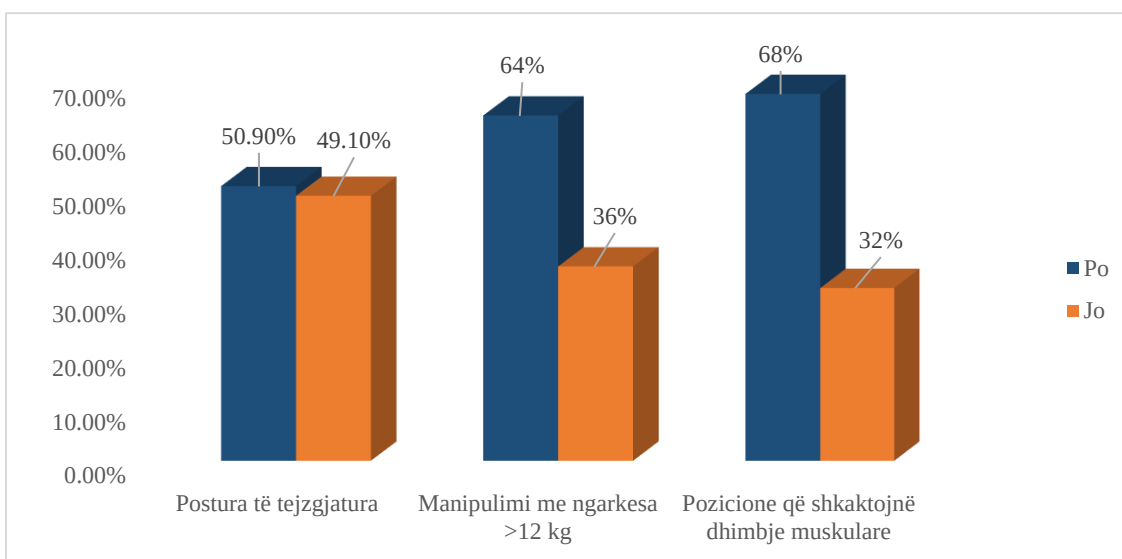
Në tabelën 30 janë paraqitur vlerat e alfa Cronbach dhe item total correlation për pyetësin e dytë. Për të njësuar nivelin e besueshmërisë është përdorur koeficienti alfa Cronbach ku rezulton që të jetë 0.52 ndërsa item total correlation rezulton në vlerën 0.79. Ky test tregon që instrumenti është i besueshëm.

Grafiku 34. Ekspozimi i stafit infermieror ndaj faktorëve fizik



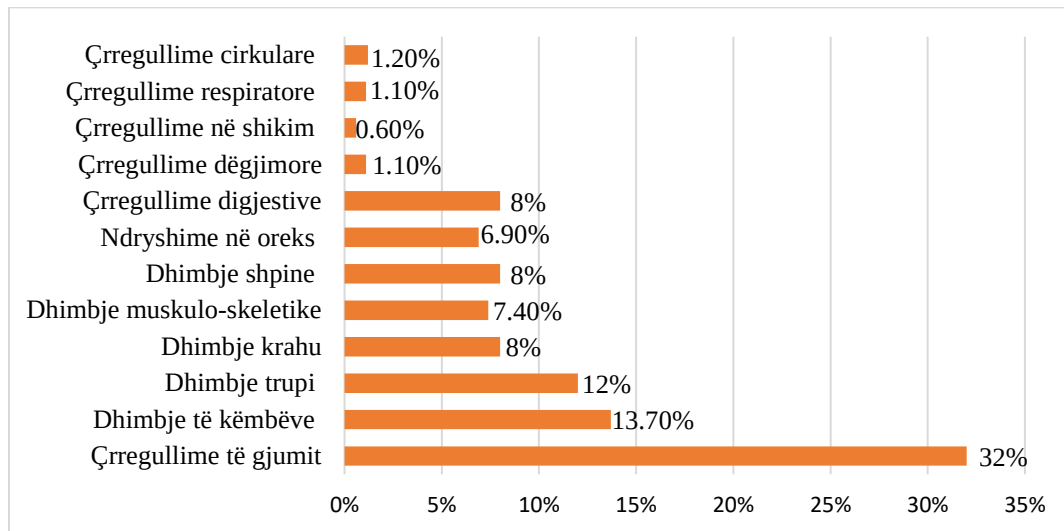
Grafiku 34 paraqet të dhënat lidhur me ekspozimin fizik të stafit infermieror gjatë praktikës klinike ku 36.6% e infermierëve referuan se ishin ekspozuar ndaj zhurmave të larta, 20.6% referuan se ishin ekspozuar ndaj rrezatimit jonizues dhe 16% pohuan se nuk kishin ndriçim të mirë gjatë procedurave infermierore.

Grafiku 35. Ekspozimi i stafit infermieror ndaj faktorëve ergonomik



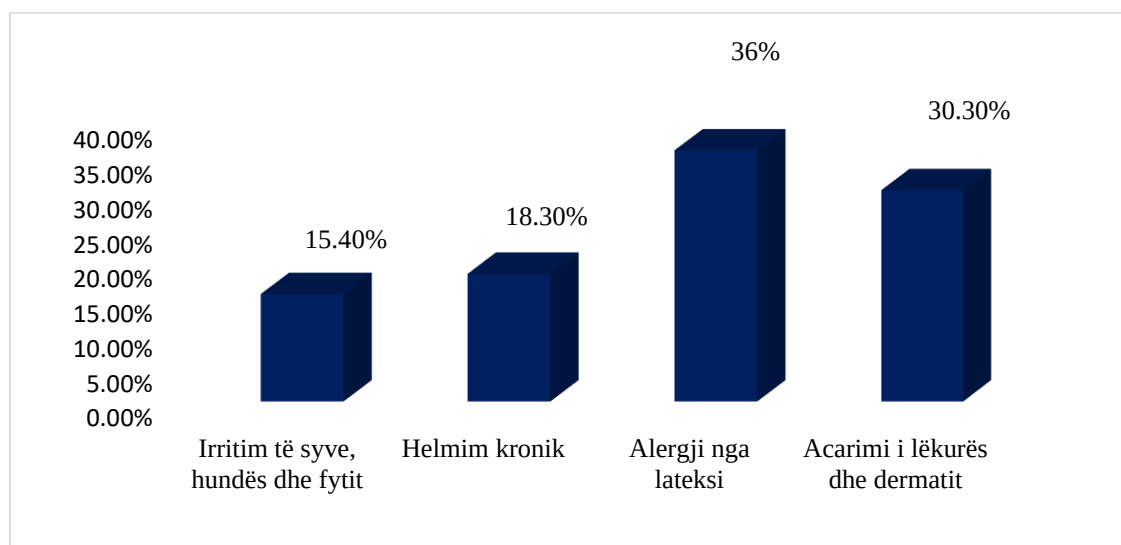
Sipas të dhënave të paraqitura në grafikun 35, vërehet se 50.9% e infermierëve ishin ekspozuar ndaj posturave të tejzgjatura, 64% kishin manipuluar me ngarkesa të rënda mbi 12 kg dhe 68% e infermierëve kishin kryer ndërhyrje infermierore në pozicione të papërshtatshme që shkaktonin dhimbje muskulare.

Grafiku 36. Llojet e dëmtimeve pas ekspozimit ndaj rrezikut ergonomik



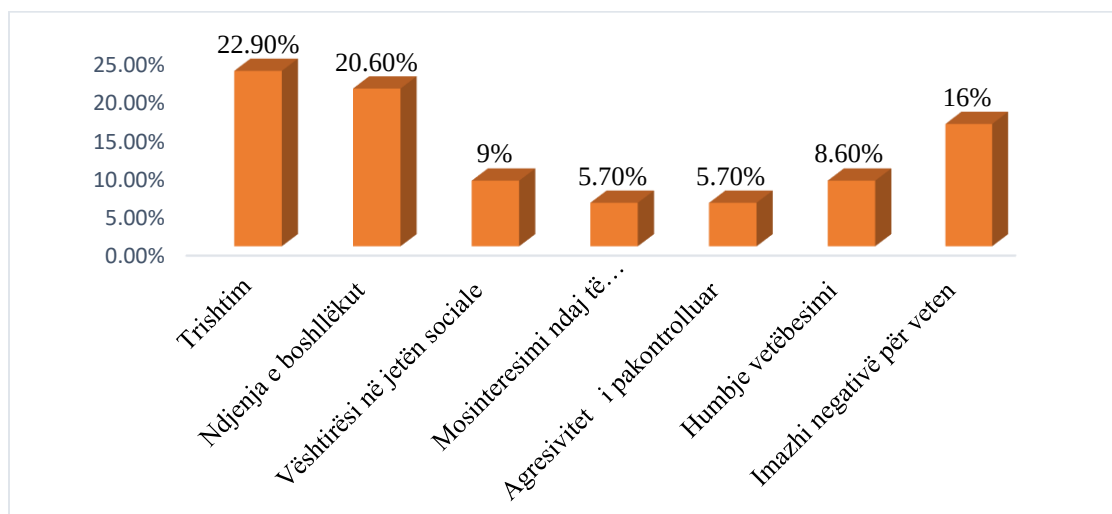
Në grafikun 36 paraqiten llojet e dëmtimeve të pësura pas ekspozimit ndaj rrezikut ergonomik, ku vihet re se 32% e stafit infermior u shprehën se kishin çrregullime të gjumit, 13.7% raportuan dhimbje të këmbëve, 12% referuan për dhimbje trupi, 8% u shprehën për dhimbje krahu, 7.4% u paraqitën me dhimbje muskulo- skeletike, 8% me dhimbje shpine, 6.9% kanë pësuar ndryshime në oreks, 8% e infermierëve raportuan çrregullime digjестive, 1.1% çrregullime dëgjimore, 0.6% çrregullime në shikim, 1.1% çrregullime respiratore dhe 1.1 % çrregullime cirkulare.

Grafiku 37. Llojet e dëmtimeve pas ekspozimit ndaj rrezikut kimik



Referuar grafikut 37 ku paraqiten të dhënat lidhur me llojet e dëmtimeve pas ekspozimit kimik, vihet re se 15.4% kanë pësuar irritim të syve, hundës dhe fytit si pasojë e kontaktit me avujt e aerosolit ose lëndëve kimike, 18.3% kanë pësuar helmim kronik për shkak të ekspozimit afatgjatë me medikamentet/preparate farmaceutike, 36% referuan për alergji nga lateksi për shkak të kontaktit me dorezat apo pajisje të tjera mjekësore që përmbajnë lateks dhe 30.3% kanë pësuar acarim të lëkurës dhe shfaqje të dermatit.

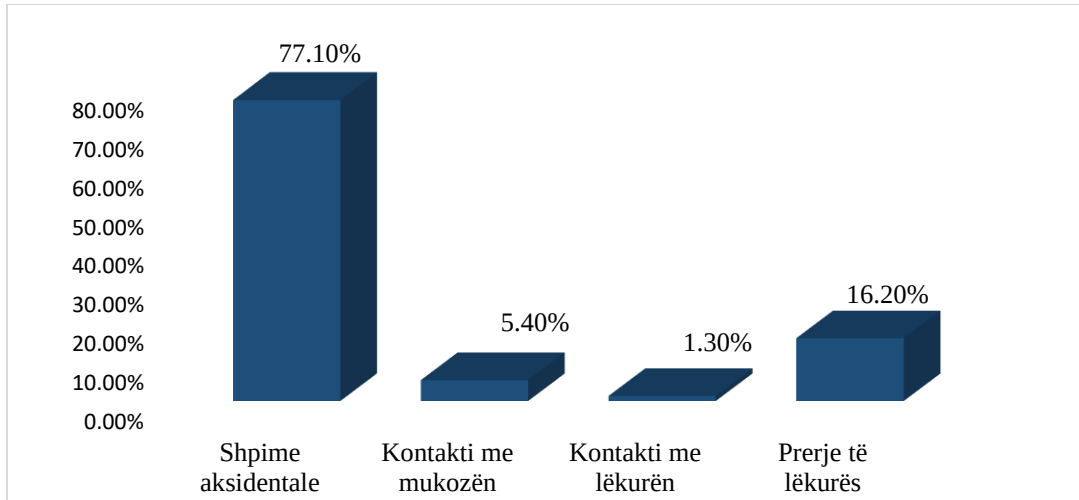
Grafiku 38. Llojet e dëmtimeve pas ekspozimit ndaj rrezikut psiko-social



Në grafikun 38 janë paraqitur të dhënat lidhur me llojet e dëmtimeve në stafin infermieror pas ekspozimit psiko-social si: trishtim 22.9%, ndjenja e boshllëkut 20.6%, vështirësi në

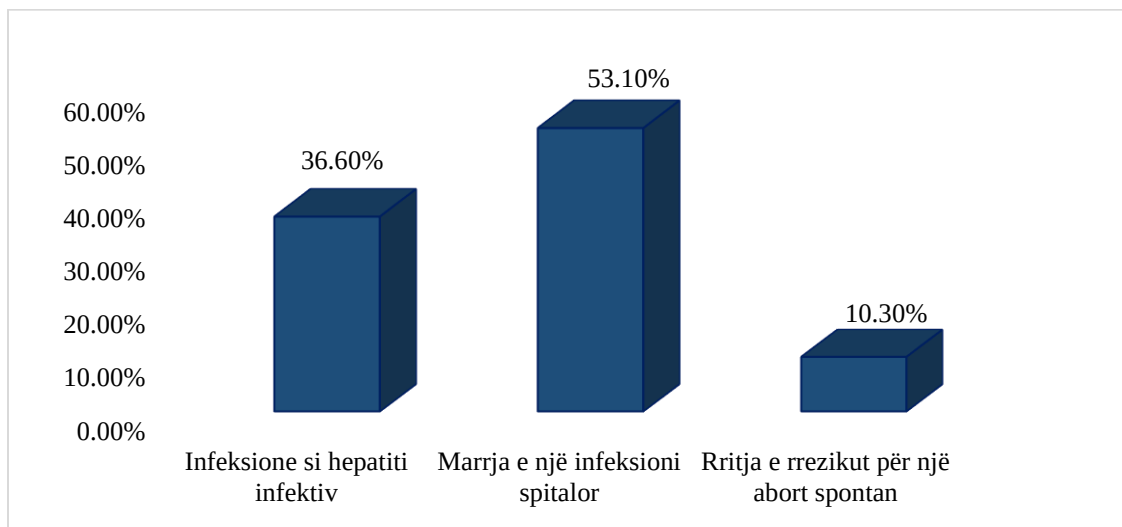
jetën sociale 8.6%, mosinteresi ndaj të tjerëve 5.7%, agresivitet i pakontrolluar 5.7%, humbje vetëbesimi 8.6%, imazhi negativë për veten 16%.

Grafiku 39. Ekspozimi i stafit infermieror ndaj faktorëve biologjik



Duke shqyrtuar të dhënat e ilustruara në grafikun 39 lidhur me ekspozimin ndaj faktorëve biologjik, 77.1% e kampionit kanë pësuar shpime aksidentale, 5.4% kanë patur kontakt me membranat mukoze, 1.3% referuan se kanë patur kontakt me lëkurën dhe 16.2% referojnë për prerje të lëkurës.

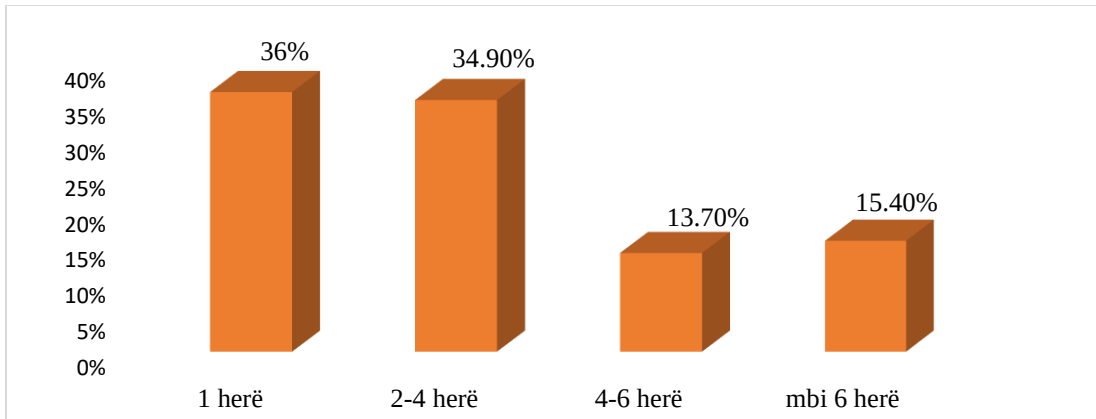
Grafiku 40. Llojet e dëmtimeve pas ekspozimit ndaj rrezikut biologjik



Sipas të dhënave të paraqitura në grafikun 40, evidentohet se 36.6% e infermierëve janë prekur nga sëmundje infektive si rezultat i kontaktit me gjakun dhe lëngjet trupore të

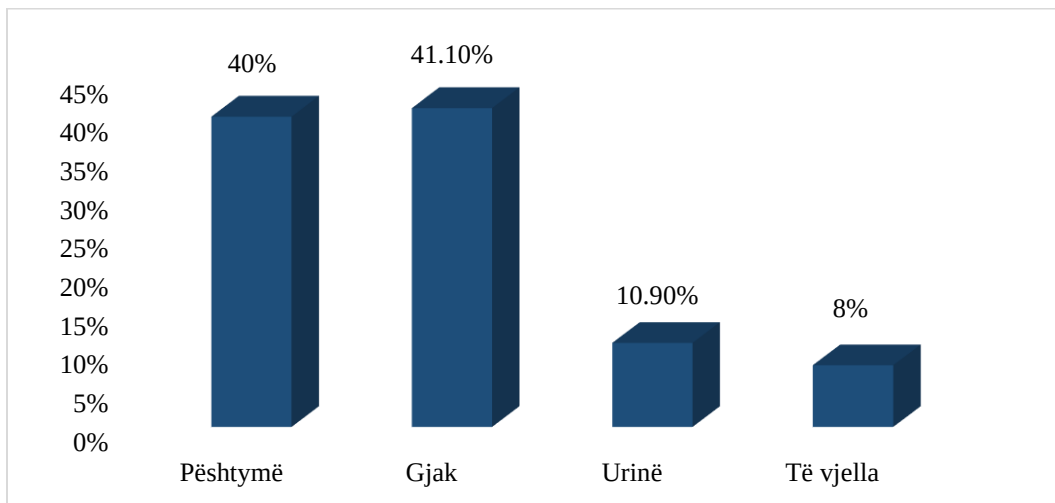
pacientit, 53.1% referuan se kanë marrë një infeksion spitalor si pasojë e shpimit nga gjilpëra dhe 10.3% kanë pasur rrezik për një abort spontan.

Grafiku 41. Frekuenca e aksidenteve biologjike



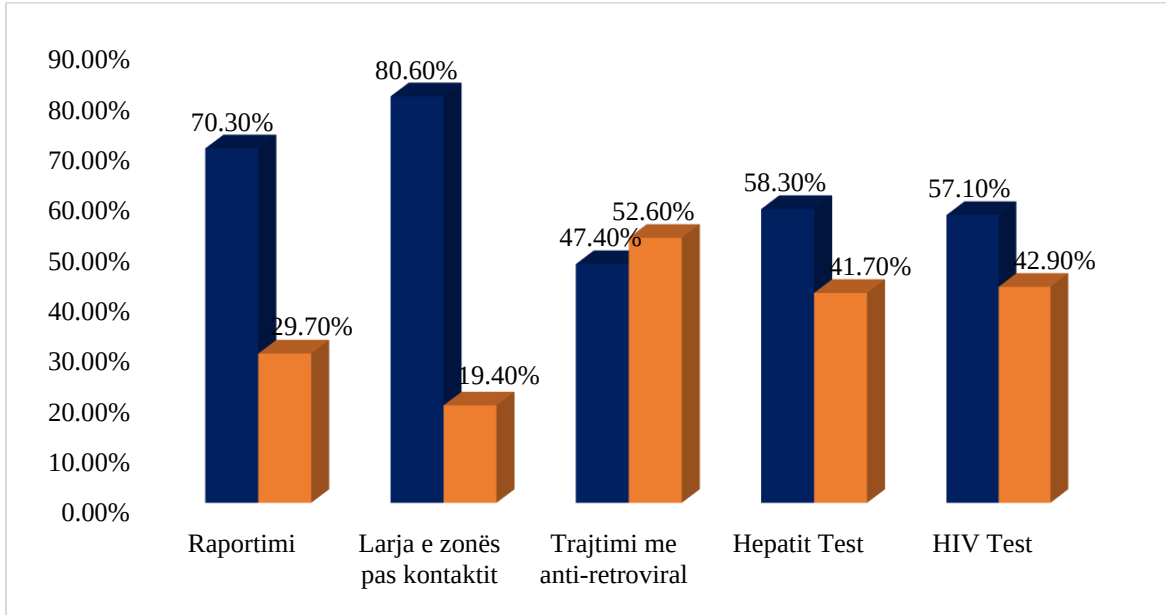
Lidhur me frekuencën e aksidentet biologjike të paraqitur me përqindje në grafikun 41, u evidentua se 36% e infermierëve ishin lënduar 1 herë, 34.9% ishin lënduar 2-4 herë, 13.7% kishin pësuar 4-6 herë aksidente biologjike dhe 15.4 % referuan mbi 6 herë.

Grafiku 42. Llojet e likideve të kontaktit



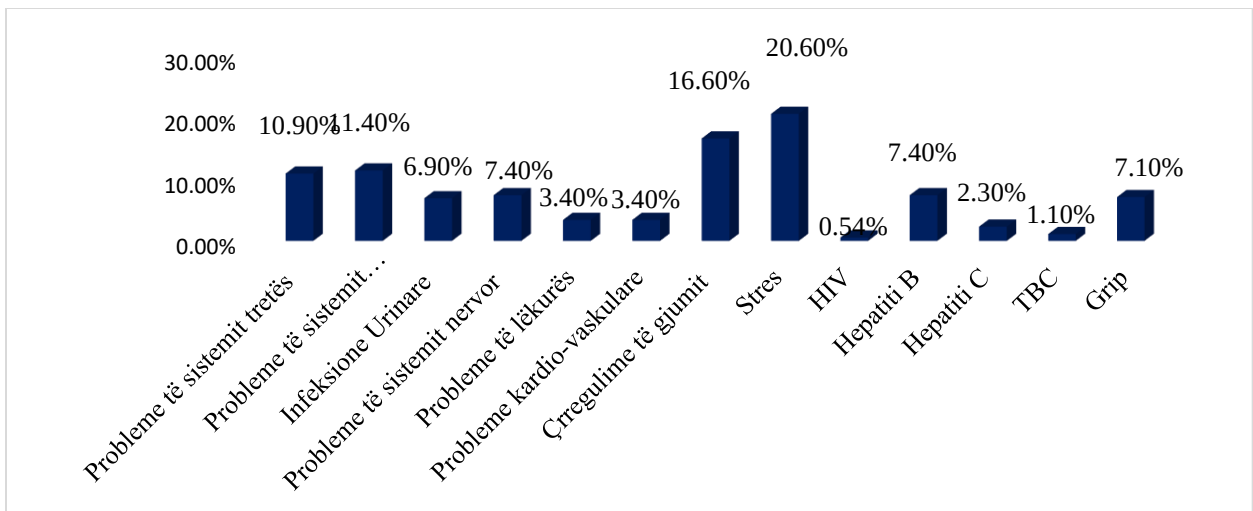
Në grafikun 42 janë paraqitur likidet me të cilat kanë pasur kontakt infermierët e përfshirë në studim, ku 40% referuan kontaktin me pështymë, 41.1% kanë pasur kontakt me gjakun, 10.9% kontakt me urinën, 8% kontakt me të vjellat.

Grafiku 43. Masat mbrojtëse pas ekspozimit biologjik



Për sa i përket aplikimit të masave mbrojtëse pas ekspozimit biologjik, në grafikun 43 vihet re se 70.3% e kampionit e kanë raportuar aksidentin biologjik, 80.6% e kanë larë zonën pas kontaktit me likidet trupore, 47.4% kanë marrë trajtimin me anti-retroviral, 58.3% kanë realizuar provat laboratorike për Hepatit dhe 57.1% kanë realizuar provat laboratorike për HIV.

Grafiku 44. Sëmundjet profesionale



Nga paraqitja e të dhënave të grafikut 44, vihet re se 10.9 % e inferemierëve referojnë për probleme të sistemit tretës, 11.4% për probleme të sistemit respirator, 6.9% për infeksione urinare, 7.4% për probleme të sistemit nervor, 3.4% për probleme të lëkurës, 3.4% për probleme kardio-vaskulare, 16.6% për çrregullime të gjumit, 20.6% për stres, 0,54% për HIV, 7.4% për hepatit B, 2.3% për hepatit C, 1.1% për TBC dhe 7.1% prej tyre për grip.

Tabela 31. Lidhja e numrit të aksidenteve biologjike me faktorët e rrezikut

Variabla		Frekuenca e aksidenteve biologjike			
		Aksidenti i parë	Aksidentet e shumta (> 1 herë)	Vlera e p-së	Vlera e (PHI)
Gjinia	Femra	49	98	<0.042*	0.154
		33.3%	66.7%		
	Meshkuj	15	13		
		53.6%	46.4%		
Grupmosha	nën 30 vjeç	22	28	0.373	0.106
		44.0%	56.0%		
	30-40 vjeç	26	47		
		35.6%	64.4%		
	mbi 40 vjeç	16	36		
		30.8%	69.2%		
Pozicioni i punës	Infermiere	64	105	0.058	0.143
		37.9%	62.1%		
	Infermiere (Instrumentiste)	0	6		
		0.0%	100.0%		
Reparti	ORL	4	4	<0.001**	0.494
		50.0%	50.0%		
	Okulistikë	2	2		
		50.0%	50.0%		
	Pediatri	8	23		
		25.8%	74.2%		
	Dializë	13	1		
		92.9%	7.1%		
	Obsetrik-Gjinekologji	4	10		
		28.6%	71.4%		
	Infektivi	4	4		
		50.0%	50.0%		
	Reanimacion	10	33		
		23.3%	76.7%		
	Patologji	2	7		
		22.2%	77.8%		

	Urgjencë	13	6		
		68.4%	31.6%		
	Kardiologji	0	6		
		0.0%	100.0%		
	Ortopedi-Traumatologji	3	4		
		42.9%	57.1%		
	Neurologji	1	11	0.208	0.161
		8.3%	91.7%		
	1-5 vite	28	34		
		45.2%	54.8%		
	6-10 vite	12	22		
		35.3%	64.7%		
Eksperienca në punë	11-15 vite	4	16	0.264	0.151
		20.0%	85.0%		
	mbi 16 vite	20	39		
		33.9%	66.1%		
	Paradite	23	33		
		41.1%	58.9%		
Turnet e punës	Mbasdite	3	4	0.093	0.231
		42.9%	57.1%		
	Natën	5	3		
		62.5%	37.5%		
	Tre turne	33	71		
		31.7%	68.3%		
Lloji i aksidentit	Shpime	25	32	<0.018*	0.240
		43.9%	56.1%		
	Kontakti me mukozën	3	1		
		75.0%	25.0%		
	Kontakti me lëkurën	0	1		
		0.0%	100.0%		
Materiali biologjik	Prerje të lëkurës	6	6		
		50.0%	50.0%		
	Të gjitha alternativat	21	55		
		27.6%	72.4%		
	Pështymë	20	50		
		28.6%	71.4%		
	Gjak	34	38		
		47.2%	52.8%		
	Urinë	3	16		
		15.8%	84.2%		
	Të vjella	7	7		
		50.0%	50.0%		

*Vlera e P-së sinjifikante (< 0.05)

**Vlera e P-së sinjifikante (< 0.01)

Vlera e PHI +1 ose -1 (Phi coefficient)

Tabela 31 paraqet lidhjen midis numrit të aksidenteve biologjike dhe faktorëve të rrezikut, duke përdorur testin Chi-square. Vlerat e P-së janë përdorur për të identifikuar rëndësinë statistikore të lidhjeve, ku bazuar në të dhënat e tabelës 2 vlera e $P < 0.05$ tregon një lidhje statistikisht sinjifikante midis variablave, ndërsa vlera e $P < 0.01$ tregon një lidhje shumë sinjifikante statistikore midis variablave. Faktorët e rrezikut si gjinia, reparti dhe materiali biologjik kanë një ndikim të dukshëm mbi aksidentet e ndodhura në stafin infermieror dhe do të përdoren më poshtë si komponentë të mundshëm në analizën e regresionit logjistik binar.

Tabela 32. Lidhja e raportimit të aksidenteve biologjike me faktorët e rrezikut

Variabli		Raportimi i aksidenteve biologjike			
		Po	Jo	P	Value (PHI)
Gjinia	Femra	118	29	0.891	-0.17
		80.30%	19.70%		
	Meshkuj	23	5		
		82.10%	17.90%		
Turnet e punës	Paradite	43	13	0.098	0.19
		76.80%	23.20%		
	Mbasite	4	3		
		57.10%	42.90%		
	Natën	5	3		
		62.50%	37.50%		
	Me tre turne	89	15		
		85.60%	14.40%		
Reparti	ORL	5	3	0.298	0.272
		62.50%	37.50%		
	Okulistikë	3	1		
		75.00%	25.00%		
	Pediatri	22	9		
		71.00%	29.00%		
	Dializë	11	3		
		78.60%	21.40%		
	Obsetrik-Gjinekologji	13	1		
		92.90%	7.10%		
Infektivi		5	3		

	Reanimacion	62.50%	37.50%		
		34	9		
	Patologji	79.10%	20.90%		
		7	2		
	Urgjencë	77.80%	22.20%		
		16	3		
	Kardiologji	84.20%	15.80%		
		6	0		
	Ortopedi-Traumatologji	100.00%	0.00%		
		7	0		
Eksperienca në punë	1-5 vite	100.00%	0.00%	0.204	0.162
		49	13		
	6-10 vite	79.00%	21.00%		
		29	5		
	11-15 vite	85.30%	14.70%		
		19	1		
Njohuri për serologjinë	Po	95.00%	5.00%	<0.01*	0.637
		44	15		
	Jo	74.60%	25.40%		
		122	5		

* Vlera e P-së sinjifikante (< 0.05)

Vlera e PHI +1 ose -1 (Phi coefficient)

Në tabelën 32 është paraqitur lidhja midis raportimit të aksidenteve biologjike dhe faktorëve të rrezikut. Shumica e infermierëve që nuk i kishin raportuar aksidentet me natyrë biologjike ishin të gjinisë femërore dhe që punonin në departamentin e pediatriisë dhe reanimacionit. Faktorët e rrezikut që kishin sinjifikancë statistikore (vlera e $p < 0.05$) për raportimin e aksidenteve biologjike ishin njohuritë mbi serologjinë e pacientit të cilit i është ofruar asistencë infermierore. Kjo tregon se infermierët me njohuri të mira mbi serologjinë e burimit janë më të prirur për të raportuar saktësisht aksidentet biologjike të ndodhura gjatë procedurave infermierore.

Tabela 33. Analiza logjistike binare: aksidentet biologjike dhe mosraportimin

Parametrat		OR	95% CI	Vlera –P
Aksidentet e shumta (>1)	Reparti (Dializë) (Patologji)	0.007	0-0125	<0.01
		0.042	0.004-0.404	<0.006
	Materiali biologjik (Gjak)	5.333	1.058-26.898	<0.043
	Gjinia	2.308	1.018-5.229	<0.045
Mosraportimi aksidenteve biologjike	Njohuritë mbi serologjinë e burimit	0.027	0.009-0.078	<0.001

Tabela 33 paraqet rezultatet e regresionit logjistik binar lidhur me faktorët që mund të ndikojnë në shfaqjen e aksidentet biologjike të shumta si dhe raportimin e saktë të këtyre aksidenteve të ndodhura. Struktura e aksidenteve biologjike të shumta u përcaktua nga variablat e mëposhtëm: reparti (dializë, patologji), materiali biologjik (gjak) dhe gjinia. Një nivel i lartë i ekspozimit ndaj rrezikut biologjik u vu re në personelin infermieror që i përkisnin gjinisë femërore, të cilat kishin 2.3 herë më shumë gjasa se meshkujt të pësonin më shumë se një aksident (OR= 2.3; 95% CI=1.018-5.229; $p<0.045$). Vlera $p<0.04$ tregon se ky korrelacion është sinjifikant. Infermierët që punonin në repartin e dializës kishin 99.3 herë më pak gjasa se ata në repartet e tjera të pësonin më shumë se 1 aksident (OR=0.007; 95% CI=0-0125; $p<0.01$). Vlera e $p<0.01$ tregon se ky korrelacion është sinjifikant. Personeli infermieror i repartit të patologjisë kishte 95.8 herë më pak gjasa se repartet e tjera për të pësuar më shumë se 1 aksident (OR=0.042; 95% CI=0.004-0.404; $p<0.006$). Vlera e $p<0.006$ tregon se ky korrelacion është sinjifikant. Infermierët që kishin pasur kontakt me gjakun kishin 5 herë më shumë gjasa të pësonin më shumë se 1 aksident (OR=5.33; 95% CI=1.058-26.898; $p<0.043$) sesa format e tjera të kontaminimit me lëngje trupore. Vlera $p<0.04$ tregon se ky korrelacion është sinjifikant. Për mosraportimin e aksidenteve biologjike, struktura u modifikua nga variabli i pavarur: njohuritë mbi serologjinë e burimit, ku infermierët që i kushtuan vëmendje serologjisë së pacientit kishin 97.3% më pak gjasa që të mos e raportonin aksidentin e ndodhur (OR=0.027; 95% CI =0,009-0,078 $p<0,001$). Korelacioni ishte shumë sinjifikant ($p<0.001$).

KAPITULLI 5

DISKUTIME

5.1 Diskutime

Diskutimi i rezultateve të këtij studimi synon të analizojë në mënyrë të detajuar të dhënat e mbledhura nga pyetësorët e aplikuar në stafin infermieror të Spitalit Rajonal "Xhaferr Kongoli", duke i krahasuar ato me literaturën shkencore dhe studimet e mëparshme në nivel kombëtar dhe ndërkombëtar. Qëllimi është që të evidentohen faktorët kontribues në ekspozimin ndaj rreziqeve spitalore, të analizohen mangësitë në zbatimin e masave të sigurisë si dhe të vlerësohet vetë-efikasiteti i stafit infermieror në menaxhimin e situatave klinike të rrezikshme.

Nga të dhënat e studimit rezultoi se në të dy kampionët e studimit predominonte gjinia femërore (77.6% në kampionin e parë, 84% në kampionin e dytë), duke reflektuar një përputhje të ngjashme me strukturën gjinore të profesionit të infermierisë në Shqipëri por edhe në studimet ndërkombëtare (Erturk et al., 2021; Medeni et al., 2024), sikurse është raportuar edhe nga OBSH-ja, që thekson se femrat përbëjnë pjesën më të madhe të stafit infermieror në mbarë botën (WHO, 2020).

Shpërndarja e pjesëmarrësve sipas grupmoshave tregoi një dominancë të grupmoshës 31–40 vjeç (40.4%; 41.7%), ndjekur nga ata mbi 40 vjeç (35.9%; 29.8%), gjetje e cila evidenton një përfaqësim të stafit me përvojë të mesme dhe të gjatë në punë ndryshe nga studimi i Janjua et al. (2007) dhe i Johnson et al. (2013).

Përsa i përket nivelit arsimor, pjesa më e madhe e stafit (mbi 70% në kampionin e parë dhe 65.7% në kampionin e dytë) kishin përfunduar studimet në nivel master (profesional ose shkencor), gjë që tregon një nivel të mirë të përgatitjes teorike. Megjithatë, përkundrejt nivelit arsimor të lartë, rezultatet treguan se ka ende mangësi në njohuritë dhe zbatimin e masave të sigurisë, të cilët theksojnë se edukimi formal nuk garanton domosdoshmërisht zbatim praktik efektiv të masave të kontrollit të infeksioneve.

Rezultatet treguan se 59.4% e pjesëmarrësve në pyetësorin e dytë punonin me tre-turne, ndërsa 35.4% kishin 1-5 vite përvojë pune. Ngarkesa e punës me tre turne është e lidhur ngushtë me rrezikun më të lartë të aksidenteve të pësuar, si pasojë e lodhjes kronike dhe uljes së vigjilencës (Ulutaşdemir et al., 2015). Infermierët me më pak eksperiencë pune

janë më të prirur për të bërë gabime dhe për t'u ekspozuar ndaj lëndimeve biologjike, sikurse vihet re edhe në studimin e Ilhan et al. (2006), ku konstatohet se rreziku është ndjeshëm më i lartë në vitet e para të punës klinike.

Ekspozimi ndaj gjakut/lëngjeve trupore si dhe dëmtimet nga gjilpëra janë njohur si një nga rreziqet profesionale më të shpeshta midis punonjësve të kujdesit shëndetësor (CDC, 2002; Rampal, 2010). Në kampionin e studimit (223 infermierë) afërsisht gjysma e tij (43.5%) raportoj lëndime nga mjetet e mprehta gjatë një periudhe gjashtëmujore, ndërsa më shumë se një e pesta (22%) përjetuan ekspozim të lëkurës së dëmtuar ose të mukozës ndaj lëngjeve trupore të pacientëve. Në një përmbledhje sistematike dhe meta-analizë në Iran ku u përfshin 21 artikuj, u raportua se prevalenca e shpimeve me mjete të mprehta ishte 44% (Rezaei et al., 2017), gjetje të cilat ishin të ngjashme edhe me kampionin tonë të studimit por edhe me studime të tjera (Obirikorang et al., 2019; Akyol & Kargin, 2016), ndërsa në një rishikim tjetër që përfshinte 62 artikuj u vu re se prevalenca e shpimeve aksidentale ishte 51.1%.

Në kampionin e dytë të studimit (175 infermierë) u konfirmuan 77.1% shpime aksidentale ku 36% e infermierëve ishin lënduar vetëm një herë, rezultate të cilat ishin të ngjashme me studimin e Cho et al. (2013) dhe atë të P.A et al. (2018) por në vlera më të ulta sesa në studimin e Abdo Almoliky et al. (2024) ku u raportuan 95.36% shpime aksidentale dhe afërsisht gjysma e kampionit ishin lënduar më shumë se pesë herë. Rezultatet treguan një rritje të ndjeshme të incidencës së lëndimeve nga mjetet e mprehta gjatë dy periudhave të krahasuara. Ky ndryshim i dukshëm identifikon përkeqësim të kushteve të sigurisë në punë ose mangësi në zbatimin e masave mbrojtëse gjatë periudhës së dytë.

Gjetjet e studimit treguan se 41% e infermierëve raportuan ekspozim ndaj gjakut, e ndjekur nga pështyma (40%), urina (10.9%) dhe të vjelljat (8%). Këto rezultate përputhen me literaturën ekzistuese (Adal, Abebe, & Feleke, 2023; Gebremariyam, 2019) që tregojnë se gjaku është burimi më i shpeshtë i ekspozimit profesional midis punonjësve të kujdesit shëndetësor, veçanërisht infermierëve, ku rezultatet janë dukshëm më të larta sesa studimet e kryera në Afrikën e Jugut (21.9%), Turqi (13.7%) dhe Iran (34.7%) (Auta et al., 2017; Azap et al., 2005; Shokuhi et al., 2012). Një studim i tipit përshkrues nga Obirikorang et al. (2019) në Ganë, raportoi se lëndimet nga mjetet e mprehta ishin dukshëm më të larta midis infermierëve dhe mamive, duke përforcuar më tej se infermierët janë të ekspozuar

më shpesh ndaj patogjenëve të gjakut krahasuar me grupet e tjera të punonjësve të kujdesit shëndetësor, sikurse u vu re edhe në studimin e Isara, Oguzie & Okpogoro (2015). Në mënyrë të ngjashme, një studim i vitit 2014 në Serbi zbuloi se 60.6% e punonjësve të kujdesit shëndetësor, kryesisht infermierët, kishin përjetuar lëndime nga gjilpëra në një moment të karrierës së tyre, duke konfirmuar prevalencën e lartë të kontaktit me gjakun (Markovic-Denic et al., 2014).

Ndryshe nga gjetjet tona, të cilat tregojnë ekspozim pothuajse të barabartë ndaj pështymës (40%), shumë studime priren të mos i raportojnë ekspozimet ndaj këtyre lëngjeve duke u përpjekur që t'i japin më pak përparësi. Për shembull, një studim i vitit 2017 në Etiopinë Jugperëndimore vuri në dukje se 62.6% e infermierëve ishin të ekspozuar ndaj gjakut dhe lëngjeve trupore, ku gjaku ishte lëngu dominues me të cilin ishin ekspozuar pjesa më e madhe e stafit infermior, me një diskutim minimal lidhur me kontaktin me pështymën ose të vjellat (Belachew et al., 2017). Ekspozimi relativisht i lartë ndaj pështymës në këtë studim mund t'i atribuohet ndërhyrjeve të tilla si kujdesit oral, aspirimit ose ringjalljes, të cilat janë të zakonshme në procedurat infermirore, por shpesh anashkalohen si aktivitete me rrezik të lartë.

Në kampionin e studimit (175 infermierë), u evidentua një incidence e lartë e ekspozimit ndaj rreziqeve që përfshinin materialet biologjike (76.6%) krahasuar me rreziqet e tjera profesionale si rreziku psiko-social (70.9%), rreziku kimik (64.4%), rreziku ergonomik (64%), rreziku fizik (61.1%).

Rezultatet e studimit vunë re se një pjesë e konsiderueshme e infermierëve përballen me rreziqet psikosociale, ku pasojat më të shpeshta ishin trishtimi (22.9%) dhe ndjenja e boshllëkut (20.6%). Po ashtu, u evidentuan shenja të lodhjes emocionale si imazhi negativ për veten (16%), humbja e vetëbesimit (8.6%) dhe vështirësitë në jetën sociale (8.6%). Megjithëse me përqindje më të ulëta, janë shqetësuese edhe raportimet për mosinteresim ndaj të tjerëve dhe agresivitet të pakontrolluar (të dyja nga 5.7%). Këto tregues reflektojnë ndikimin e stresit të punës në mirëqenien psikologjike të stafit infermior ashtu si edhe në shumë studime të tjera (Gimeno et al., 2012; Zubairi & Noordin, 2016; Khan et al., 2019; Mumbwe et al., 2020).

Gjetjet e studimit treguan një nivel të lartë të ekspozimi të stafit infermior ndaj faktorëve ergonomikë gjatë kryerjes së procedurave klinike. Specifikisht, 68% e pjesëmarrësve

raportuan kryerjen e detyrave në pozicione të papërshtatshme trupore, 64% u përballen me zhvendosjen e ngarkesave të rënda, ndërsa 50.9% kishin qëndruar për periudha të zgjatura në të njëjtën pozicion. Këto faktorë kontribuan ndjeshëm në zhvillimin e çrregullimeve muskulo-skeletike, edhe në studime të tjera (Sisala Mohammed et al., 2024; Tinubu et al., 2010; Hossain et al., 2018).

Në identifikim e rasteve të ekspozuara ndaj rreziqeve kimike, 36% raportuan alergji ndaj lateksit, ndërsa 30.3% përjetuan acarim të lëkurës dhe dermatit, që lidhen me kontaktin e shpeshtë me substanca irrituese. Gjithashtu, 15.4% kishin përjetuar irritim të syve, hundës dhe fytit, ndërsa 18.3% kishin simptoma të helmimit kronik, të gjitha të lidhura me ekspozimin afatgjatë ndaj kimikateve në ambientin spitalor. Këto gjetje përputhen me literaturën ndërkombëtare, duke nënvizuar nevojën për masa parandaluese (Amarasekera et al., 2010; Supapvanich et al., 2013; Köse et al., 2014).

Rezultatet e studimit treguan se një pjesë e konsiderueshme e stafit infermieror ishte ekspozuar ndaj faktorëve fizikë potencialisht të dëmshëm në mjedisin e punës. Konkretisht, 36.6% e pjesëmarrësve raportuan ekspozim të vazhdueshëm ndaj zhurmave të larta, 33.1% ndaj ndriçimit të pamjaftueshëm dhe 29.7% ndaj rrezatimit jonizues. Ekspozimi i zgjatur ndaj këtyre faktorëve është i lidhur me pasoja të shumta për shëndetin fizik dhe mendor të punonjësve të kujdesit shëndetësorë. Në studime të ndryshme ndërkombëtare është dokumentuar se ekspozimi ndaj zhurmave të larta lidhet me rritjen e rrezikut për sëmundje kardiovaskulare (van Kempen et al., 2018), shqetësime në cilësinë e gjumit (Basner & McGuire, 2018; Yang et al., 2018), humbje të dëgjimit dhe çrregullime psiko-emocionale si depresioni (Leijssen et al., 2019) apo edhe sëmundje inflamatore si artriti reumatoid (Dzhambov & Dimitrova, 2016). Në përputhje me këto studime, të dhënat tona treguan se ndër sëmundjet më të shpeshta të lidhura me ambientin spitalor ishin stresi (20.6%) dhe çrregullimet e gjumit (16.6%), të cilat u raportuan më shpesh krahasuar me problemet e tjera. Këto gjetje theksojnë rëndësinë e monitorimit të vazhdueshëm të kushteve fizike të punës dhe nevojën për zbatimin e masave parandaluese që synojnë mbrojtjen e shëndetit të stafit infermieror.

Në vlerësimin e lidhjes midis gjinisë dhe numrit të aksidenteve biologjike të ndodhura në stafin infermieror, femrat kishin 2.3 herë më shumë gjasa të ekspozoheshin ndaj rreziqeve biologjike krahasuar me meshkujt, e lidhur kjo me faktin që një përqindje e madhe e

infirmierëve i përkisnin gjinisë femërore (Bianco et al., 2019; Wang et al., 2019). Këto gjetje ishin në përputhje me studimin e Tejada Pérez et al. (2022), por në kundërshtim me rezultatet e studimeve të tjera (Serinken et al., 2009; Mbaisi et al., 2013; Adal et al., 2023). Në analizën statistikore të lidhjes midis eksperiencës në punë dhe ekspozimeve të shumta ndaj rreziqeve biologjike, ky studim nuk gjeti një korrelacion domethënës, ndryshe nga studime të tjera që sugjerojnë se eksperiencia në punë konsiderohej një faktor rreziku për të pësuar aksidente të shumta (Tejada-Pérez et al., 2022). Lidhur me llojin e likidit me të cilin kishin pësuar kontakt gjatë procedurave infermierore, rezultoj që përqindjen më të madhe e përbënte kontaktit me gjakun, gjetje që përputheshin me ato të studimit të Adal et al. (2023). Gjithashtu u vu re se numri i aksidenteve rritej 5.3 herë më shumë tek infermierët që kryenin procedura me rrezik të lartë që përfshinin kontaktin me gjakun krahasuar me stafin që nuk i kryente këto procedura.

Pjesa më e madhe e të anketuarve i raportonin incidentet e ndodhura (80%), e lanin zonën e kontaktit pas incidentit (80.6%), e kishin marrë trajtim antiretroviral (47.4%), e kishin kryer testin për hepatitin (58.3%) dhe HIV-in (57.1%), procedura që rekomandohen nga CDC (2002) për mbrojtjen e shëndetit. Në kontrast me studime të tjera (Vieira et al., 2022), në këtë studim, raportimi ishte më korrekt kur infermierët kishin informacion mbi serologjinë e pacientit. Edhe pse studime të tjera kanë treguar se raportimi i saktë lidhet me turnin e punës, në studimin tonë nuk u gjet një lidhje statistikisht domethënëse (Sobati & Masoudi, 2017).

Në vijim të këtyre gjetjeve, rezultatet e studimit treguan një nivel mesatar të njohurive (vlera mesatare dhe deviacioni standard, 12.12 ± 1.947 nga 20) lidhur me masat paraprake standarde (75.8%). Këto rezultate paraqiten më të ulta krahasuar me rezultatet e disa studimeve të tjera si ai i kryer nga Al-Faouri et al. (2021; 16.27 ± 3.15 nga 20); nga Almhammd et al. (2020; 17.3 ± 1.8 nga 20), Oh dhe Choi (2019; 88.8 ± 7.5 nga 100) si dhe Parmeggiani et al., 2010. Pohimi me pikët më të ulëta rezultoj që të ishte ai i drejtuar për qëllimin kryesor të aplikimit të MPS, të cilës iu përgjigjën saktë vetëm 5.4% e pjesëmarrësve. Ky rezultat ishte në përputhje me gjetjet e Almhammd et al. (2020) dhe Ghabayen et al. (2023), por në kundërshtim me ato të Al-Faouri et al. (2021). Rezultatet më të larta të njohurive u evidentuan në pohimet që lidheshin me përdorimin e dorezave në ndërhyrjet që kanë rrezik për kontaktin me sekrecionet e pacientit si dhe rëndësia e

ndërrimit të tyre në pacientë të ndryshëm, e ndjekur nga larja e duarve. Ky rezultat përputhej me gjetjet e disa studimeve të tjera (Al-Faouri et al., 2021; Almhammd et al., 2020; Luo et al., 2010).

Zbatimi i masave paraprake standarde konsiston në aplikimin me korrektësi të teknikave të ndryshme gjatë procedurave infermierore si larja dhe dezinfektimi i duarve, përdorimi i duhur i mjeteve të mprehta dhe asgjësimi i tyre, si dhe rëndësia e përdorimit të PPE. Në këtë studim u vu re një nivel i lartë i zbatimit të MPS (52.28 ± 6.687 nga 60) i cili ishte në përputhje me studimin e Arif et al. (2017), Al-Rawajfah et al. (2013) dhe me gjetjet e studimit të Almoghrabi et al. (2018). Në disa studime u vu re një nivel i ulët i zbatimit të MPS (McGaw et al., 2012; Efstathiou et al., 2011). Ndërsa në disa të tjera u evidentua një nivel mesatar i zbatimit të MPS të aplikuar në vende të ndryshme, ku një studim i kryer nga Al-Faouri et al. (2021), në Jordaninë e Veriut, zbuloi se 266 infermierë paraqitën një rezultat mesatar të zbatimit (49.15 nga 80, 61.43%) sikurse u vu re një rezultat mesatar prej 60.36% edhe në studimin e Luo et al. (2010) i cili u realizua në 1,444 infermierë që punonin në 18 spitale kineze.

Të dhënat e siguruar nga pyetësorët evidentuan se një përqindje e lartë e stafit infermieror pohuan se i lajnë duart gjithmonë në kontaktet midis pacientëve (97.3%) ashtu si edhe në studimin e Wong et al. (2021), si dhe i vendosin kapucin ages pas përdorimit sikurse u vu re edhe në disa studime të tjera (91.5%) (Sadoh et al. 2006; Rogowska-Szadkowska, Stanisławowicz & Chlabicz, 2010; Galougahi, 2010; Jahangiri et al., 2016). Kjo praktikë e gabuar e vendosjes së kapucit ages pas përdorimit e cila është në kundërshtim me udhëzimet e rekomaduara nga OBSH dhe CDC, rrit ekspozimin e punonjësve të kujdesit shëndetësor ndaj një sërë patogjenësh që burojnë nga gjaku, duke përfshirë HIV, HBV dhe HCV si dhe sëmundje që mund të kenë pasoja të rënda shëndetësore dhe ndërlikime afatgjata.

Rezultatet e studimit evidentuan një nivel të lartë të përdorimit të pajisjeve mbrojtëse personale (PPE) nga stafi infermieror, veçanërisht gjatë procedurave klinike që përfshinin kontaktin me lëngjet trupore, ku më së shumti u përdorën maskat, përparëset, dorezat dhe mbrojtëset për sytë. Kjo tregon një ndërgjegjësim të shtuar të stafit infermieror për rëndësinë e zbatimit të PPE në mbrojtje të shëndetit personal por edhe në parandalimin e transmetimit të infeksioneve nosokomiale sikurse u vu re edhe në studimin e Almhammd

et al. (2020). Disa nga pjesëmarrësit që pohuan se nuk i kishin veshur dorezat gjatë ndërhyrjeve ashtu si edhe në studimin e Luo et al. (2010), u shprehën se disa nga arsyet kryesore për këtë mospërdorim ishin: frikë nga ankesat e pacientëve për përdorimin e tyre (27.4%), dorezat nuk janë të lehta në përdorim (17.5%), dorezat janë të papërshtatshme gjatë kryerjes së ndërhyrjeve infermierore (6.3%), nuk ka kohë për të përdorur doreza (5.4%), dhe arsye të tjera (9.2%).

Lidhja midis nivelit të njohurive dhe zbatimit të MPS është thelbësore për të minimizuar dhe parandaluar sëmundjet në ambjentet spitalore (Zeb & Ali, 2021). Studime të shumta kanë konfirmuar një lidhje pozitive midis nivelit të njohurive dhe zbatimit të MPS (Al-Faouri et al., 2021; Luo et al., 2010), ashtu si edhe rezultatet e studimit, ku u identifikua një korelacion pozitiv dhe sinjifikant midis këtyre dy variablave ($B = 0.652$, $p = 0.001$). Kjo tregon që rritja e njohurive është e lidhur ngushtë me përmirësimin e praktikave të sigurisë. Studime të tjera (Almhammd et al., 2020; Ogoina et al., 2015; Oh & Choi, 2019; Aung et al., 2017; Sarani et al., 2016), kanë konfirmuar mungesën e lidhjes midis njohurive dhe zbatimit të MPS.

Edukimi konsiderohet një element kritik në trajnimin e të gjithë punonjësve të kujdesit shëndetsor (Almhammd et al., 2020). Në këtë studim u vu re se 63.7% e kampionit nuk kishin kryer asnjë trajnim lidhur me MPS, ndërsa 27.8% shprehën se nuk kishin dëshirë të trajnoheshin për MPS. Mungesa e trajnimit për MPS ($B = -3.119$, $p = 0.001$) u shoqërua me rënie të ndjeshme në zbatimin e MPS. Gjithashtu infermierët të cilët nuk kishin dëshirë që të trajnoheshin lidhur me MPS ($B = -4.905$, $p < 0.001$) rezultuan që të kishin zbatimin më të ulët të tyre krahasuar me ata që kishin dëshirë për të kryer trajnime (72.2%). Këto gjetje u evidentuan edhe në studime të tjera (Vaughn et al., 2004; Luo et al., 2010).

Rezultatet e studimit treguan se 99.6% e pjesëmarrësve ishin të pajisur me kontenitorët për mbetjet e mprehta në repartin ku ata punojnë, sikurse janë shprehur edhe 99.7% e kampionit në studimin e Almhammd et al. (2020).

Pjesa më e madhe e pjesëmarrësve kishin aplikuar vaksinën kundër HBV (51.1%), rezultate të cilat ishin në përputhje me studimet e tjera (Al-Rawajfah et al., 2013; Almhammd et al., 2020; Ghabayen et al., 2023). Për shkak se stafi infermieror është i rrezikuar ndaj kontaktit me viruset e transmetuara nga gjaku, ky numër i vaksinimeve ndaj HBV është si rezultat i ndjekjes së rekomandimeve të WHO. Po nga ana tjetër 48.9% e stafit nuk ishin vaksinuar

për Hepatit B, i cili rezultoi një faktor i rëndësishëm pengues ($B = -5.729$, $p < 0.001$) në zbatimin e MPS. 68.6% e infermierëve në këtë studim nuk e dinin nivelin e anti-HBs në serum in e tyre, gjë që tregon një neglizhencë të mundshme në ndjekjen e kontrolleve rutinë të statusit serologjik.

Në këtë studim u evidentua një numër i ulët i rasteve të ekspozuara ndaj rreziqeve spitalore në stafin infermior që kishte nivele të larta të zbatimit të MPS. Ky rezultat konfirmon se zbatimi i rregullt dhe i kujdesshëm i MPS ndikon drejtpërdrejt në reduktimin e rrezikut të ekspozimit ndaj gjakut, lëngjeve trupore apo materialeve të tjera potencialisht infektive. Këto gjetje ishin në përputhje edhe me studime të tjera (Efsthathiou et al., 2011; Luo et al., 2010).

Vetë-efikasiteti konsiderohet një komponent kyç i teorisë njohëse sociale të Bandurës (1977), i cili e përkufizon atë si besimin e individit në aftësinë e tij për të kontrolluar dhe drejtuar sjelljet dhe veprimet në funksion të qëllimeve të caktuara. Në përputhje me këtë kuadër teorik, të dhënat e studimit tonë treguan një lidhje pozitive midis vetë-efikasitetit të përgjithshëm dhe zbatimit të masave paraprake standarde ($r = 0.58$). Për më tepër, analiza e regresionit univariat dhe multivariat evidentoi se vetë-efikasiteti i përgjithshëm ka një ndikim të rëndësishëm pozitiv në nivelin e zbatimit të këtyre masave ($B = 0.672$, $p < 0.001$), duke konfirmuar se sa më i lartë të jetë perceptimi i kompetencës personale, aq më i madh është zbatimi i MPS në vendin e punës.

Këto gjetje janë në përputhje edhe me studime të tjera (Efsthathiou et al., 2011; Luo et al., 2010), të cilët gjithashtu kanë konfirmuar rolin mbështetës të vetë-efikasitetit në përputhjen me praktikën e sigurisë në mjediset klinike.

KAPITULLI 6

KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME

6.1 Konkluzione

Në këtë studim u identifikuan një sërë rreziqesh spitalore në stafin infermior si dhe u evidentuan praktikat e gabuar në zbatimin e MPS të cilat kanë ndikuar në rritjen e nivelit të ekspozimit profesional. Në fazën e parë të studimit u vu re se një pjesë e konsiderueshme e infermierëve kishin përjetuar lëndime nga mjetet e mprehta muajt e fundit, ndërkohë që një grup tjetër ishte ekspozuar ndaj gjakut/lëngjeve trupore përmes lëkurës ose mukozës së dëmtuar. Në kontekstin e raportimeve të aksidenteve të pësuar, vetëm një pjesë e tyre i raportojnë gjithmonë, ndërsa disa të tjerë nuk i raportojnë asnjëherë, ku arsyet më të shpeshta ishin: mungesa e strukturave përkatëse, mungesa e ndërgjegjësimit apo frikë nga pasoja në punë. Nëse i referohemi trajnimeve mbi MPS, pjesa më e madhe e kampionit të studimit pohuan se nuk kishin kryer asnjë trajnim lidhur me MPS, megjithatë shumica e tyre u shprehën se kishin dëshirë për ti kryer këto trajnime. U vu re një ndarje pothuajse e barabartë në lidhje me vaksinimin për HBV, ku shumica e stafit infermior deklaruan se ishin të vaksinuar ndaj hepatitit B, ndërsa pjesa tjetër nuk e kishin kryer vaksinimin. Nga gjetjet e studimit rezultoi se niveli i njohurive mbi masat paraprake standarde (MPS) ishte kryesisht mesatar, ndërsa vetëm një pjesë e vogël e tyre shfaqte njohuri të avancuara. Megjithatë, në aspektin praktik, infermierët raportuan se i respektojnë rregullisht udhëzimet bazë të sigurisë, si larja e duarve, përdorimi i dorezave, dekontaminimi dhe menaxhimi i mbetjeve, çka tregon një nivel të lartë zbatimi të masave mbrojtëse. Përveç kësaj, pjesa më e madhe e tyre shfaqti një nivel të lartë të vetë-efikasitetit, i cili reflekton ndjenjën e përgjegjësisë profesionale dhe përkushtimin e tyre në ruajtjen e sigurisë në mjedisin spitalor.

Analiza tregoi se lidhja midis njohurive dhe zbatimit të MPS rezultoi që të ishte statistikisht sinjifikante, duke evidentuar se rritja e njohurive është e lidhur ngushtë me përmirësimin e zbatimit të praktikave të sigurisë. Po ashtu u vu re se lidhja midis vetëefikasitetit dhe zbatimit të MPS rezultoi që të ishte një lidhje statistikisht shumë sinjifikante dhe me ndikim pozitiv. Kjo lidhje konfirmon se besimi i punonjësve në aftësinë e tyre për të zbatuar masat mbrojtëse konsiderohet një element kyç për sjellje të sigurt dhe të qëndrueshme.

Rezultatet e fazës së dytë të studimit evidentuan se pjesa më e madhe e infermierëve ishin ekspozuar ndaj rrezikut biologjik krahasuar me rreziqet e tjera, ku u vu re një rritje e ndjeshme në përqindje të rasteve të ekspozuara ndaj materialeve biologjike krahasuar me fazën e parë (nga 43.5% në 76.6%). Likidet më të shpeshta të kontaktit ishin gjak dhe pështymë krahasuar me urinën dhe të vjellat. Faktorët më të rëndësishëm biologjik u konsideruan shpimet aksidentale krahasuar me prerjet e lëkurës dhe kontaktin me mukozën/lëkurën. Llojet e dëmtimeve pas ekspozimit ndaj rrezikut biologjik rezultuan që të ishin në vlera të larta: marrja e infeksioneve spitalore, pasuar nga marrja e sëmundjeve infektive pas shpimit me gjilpërë, si dhe përballja me rrezikun për abort spontan. Pas ekspozimit biologjik, shumica e infermierëve morën masa mbrojtëse, duke përfshirë raportimin e incidentit, larjen e zonës së kontaktit, trajtimin antiretroviral dhe testime për Hepatit e HIV. Në rezultatet e lidhura me faktorët ergonomik, ekspozimi ndaj pozicioneve të papërshtatshme ishte më i lartë, krahasuar me manipulimin me ngarkesat e rënda dhe posturat e tejzgjatura. Numri më i lartë i dëmtimeve të pësura pas ekspozimit ergonomik i referohej çrregullimeve të gjumit, e ndjekur nga dhimbjet e këmbëve, dhimbjet trupore të përgjithshme dhe dhimbjet muskulo-skeletike, ndërkohë që një përqindje më e vogël raportoi dhimbje krahu, shpine, çrregullime në oreks, digjестive, dëgjimore, të shikimit, respiratore dhe cirkulare. Ekspozimi ndaj substancave kimike u shoqërua me pasoja të ndryshe shëndetësore tek stafi infermior, duke përfshirë reaksione alergjike nga lateksi, shfaqjen e dermatiteve dhe irritimeve të lëkurës si dhe probleme të tjera si helmime kronike dhe irritim të syve, hundës e fytit. Në stafin infermior u evidentuan pasoja të ekspozimit psikosocial, të manifestuara përmes trishtimit, ndjenjës së boshllëkut, imazhit negativ për veten dhe uljes së vetëbesimit, duke treguar ndikimin negativ të faktorëve emocionalë dhe socialë në mirëqenien psikologjike. Stafi infermior raportoi një gamë të gjerë problemesh shëndetësore, ku më të shpeshtat ishin stresi, çrregullimet e gjumit, problemet gastrointestinale dhe respiratore, ndërsa u evidentuan edhe raste me hepatit B, hepatit C dhe HIV, duke reflektuar ndikimin e ekspozimit profesional në shëndetin e tyre. Lidhja midis numrit të aksidenteve biologjike dhe

faktorëve të rrezikut si gjinia, reparti dhe materiali biologjik ($P < 0.05$) rezultoj që të ishte sinjifikante duke treguar se këta faktorë kanë ndikim të dukshëm mbi aksidentet e ndodhura në stafin infermieror. Analiza eidentoj se ekziston një lidhje statistikisht e rëndësishme ($p < 0.05$) midis raportimit të aksidenteve biologjike dhe njohurive të infermierëve mbi serologjinë e pacientit. Kjo sugjeron se infermierët që kanë njohuri të mira mbi statusin serologjik të burimit janë më të ndërgjegjësuar dhe më të prirur të raportojnë në mënyrë të saktë aksidentet biologjike të ndodhura gjatë procedurave të punës. Në analizën e regresionit logjistik binar lidhur me faktorët që mund të ndikojnë në shfaqjen e aksidentet biologjike të shumta u vu re se personeli infermieror që i përkiste gjinisë femërore, kishte 2.3 herë më shumë gjasa se meshkujt të pësonin më shumë se një aksident ($OR = 2.3$; 95% $CI = 1.018-5.229$; $p < 0.045$). Infermierët që punonin në repartin e dializës kishin 99.3 herë më pak gjasa se ata në repartet e tjera të pësonin më shumë se 1 aksident ($OR = 0.007$; 95% $CI = 0-0.125$; $p < 0.01$). Infermierët e repartit të patologjisë kishte 95.8 herë më pak gjasa se repartet e tjera për të pësuar më shumë se 1 aksident ($OR = 0.042$; 95% $CI = 0.004-0.404$; $p < 0.006$). Stafi infermieror që kishte pasur kontakt me gjakun, kishte 5 herë më shumë gjasa që të pësonte më shumë se 1 aksident ($OR = 5.33$; 95% $CI = 1.058-26.898$; $p < 0.043$) sesa format e tjera të kontaminimit me lëngje trupore. Lidhja midis njohurive mbi serologjinë e pacientit dhe mosraportimit të aksidenteve rezultoi statistikisht shumë sinjifikante, duke treguar se njohuritë më të mira lidhen me një raportim më të saktë të aksidenteve të ndodhura.

6.2 Rekomandime

Bazuar në gjetjet e këtij studimi, dalin në pah disa rekomandime të rëndësishme për praktikën dhe politikëbërjen. Rezultatet tregojnë nevojën për ndërhyrje të strukturuar që synojnë uljen e ekspozimit të stafit infermieror ndaj rreziqeve profesionale dhe forcimin e zbatimit të masave paraprake standarde. Zbatimi i këtyre rekomandimeve do të kontribuonte në përmirësimin e kushteve të punës, mbrojtjen e shëndetit të stafit, si dhe rritjen e cilësisë së shërbimeve të ofruara.

- Të organizohen trajnime të rregullta dhe të strukturuar mbi rëndësinë e zbatimit të masave paraprake standarde (MPS) për të gjithë stafin infermieror, me fokus të veçantë në menaxhimin praktik të ekspozimit biologjik si dhe procedurat pas ekspozimit.
- Të krijohen dhe të jenë funksionale struktura të dedikuara për raportimin e aksidenteve spitalore si dhe të realizohet menaxhimi i tyre në mënyrë të sigurt, konfidenciale dhe jo ndëshkuese.
- Të përfshihet edukimi mbi serologjinë e pacientit dhe mënyrat e menaxhimit të rrezikut në kurrikulat universitare dhe në programet e edukimit të vazhdueshëm profesional për infermierët.
- Të përmirësohet furnizimi dhe shpërndarja e pajisjeve mbrojtëse personale (PPE), duke siguruar përdorim të barabartë për të gjithë stafin mjekësor në të gjitha repartet spitalore.
- Të zhvillohen fushata ndërgjegjësimi mbi rëndësinë e raportimit të aksidenteve spitalore, për të luftuar frikën nga penalizimi dhe për të nxitur një kulturë të plotë sigurie në vendin e punës.
- Të monitorohet në mënyrë periodike zbatueshmëria e masave paraprake standarde, për të identifikuar mangësitë dhe për të aplikuar masa korrigjuese të menjëhershme.
- Të vlerësohet dhe promovohet vetë-efikasiteti në vendin e punës përmes metodave të mentorimit, vlerësimit pozitiv dhe përfshirjes aktive të stafit në vendimmarrje.
- Të sigurohet vaksinimi i detyrueshëm ndaj hepatitit B për stafin infermieror, si masë parandaluese bazë në përballje me rrezikun biologjik.

- Të hartohen dhe zbatohen protokolle të qarta për menaxhimin e rreziqeve ergonomike, duke përfshirë përdorimin e mjeteve ndihmëse dhe planifikimin e pozicioneve të punës.
- Të adresohen faktorët psikosocialë përmes mbështetjes psikologjike në vendin e punës, ofrimit të këshillimit dhe zhvillimit të politikave që synojnë ruajtjen e mirëqenies mendore të stafit.
- Të përmirësohet ndriçimi dhe të minimizohet ekspozimi ndaj zhurmës dhe rrezatimit në mjediset e punës për të reduktuar ndikimin e faktorëve fizikë mbi shëndetin e stafit.
- Të zbatohet një sistem i integruar për mbledhjen dhe analizimin e të dhënave mbi ekspozimin profesional dhe efektet e tij, për të orientuar ndërhyrjet dhe politikat institucionale.
- Të promovohet bashkëpunimi ndërsektorial për zhvillimin e strategjive gjithëpërfshirëse të sigurisë në vendin e punës, me përfshirjen e drejtuesve të institucioneve, autoriteteve shëndetësore dhe vetë stafit infermieror.
- Të zgjerohet studimi edhe në spitale të tjera rajonale dhe kombëtare për të siguruar një panoramë më të gjerë dhe të krahasueshme të rreziqeve spitalore dhe zbatimit të MPS.

6.3 PIKAT E FORTA DHE LIMITET E STUDIMIT

6.3.1 Pikat e forta të studimit

- Studimi evidenton një gamë të gjerë të rreziqeve profesionale që përballen infermierët, duke ofruar një pasqyrë të qartë të ekspozimit profesional në Spitalin Rajonal Elbasan.
- Studimi kombinon matjen e njohurive mbi MPS, zbatimin praktik dhe vetë-efikasitetin, duke krijuar një qasje gjithëpërfshirëse për të kuptuar faktorët që ndikojnë në sjelljet praktike të sigurta.
- Analizat statistikore treguan lidhje të qarta dhe sinjifikante midis njohurive dhe zbatimit të MPS, vetë-efikasitetit dhe zbatimit, njohurive mbi serologjinë e pacientit dhe raportimit të aksidenteve biologjike. Kjo ofron evidence shkencore për ndikimin që ka niveli i njohurive dhe besimit në aftësi mbi praktikën e sigurta spitalore

6.3.2 Limitet e studimit

- Ky studim paraqet disa kufizime që duhen marrë parasysh gjatë interpretimit të rezultateve. Së pari, studimi është kryer vetëm në Spitalin Rajonal "Xhaferr Kongoli", Elbasan, duke kufizuar kështu përgjithësimin e gjetjeve në një nivel më të gjerë kombëtar.
- Së dyti, përdorimi i një pyetësoi vetë-administruar mund të ndikojë në saktësinë e të dhënave, pasi pjesëmarrësit mund të kenë dhënë përgjigje të ndikuara nga perceptimi i përbashkët shoqëror. Gjithashtu, vetë-administrimi mund të nxisë **biasin social** (social desirability bias), pasi infermierët mund të kenë raportuar sjellje ose qëndrime më pozitive sesa në realitet, për të ruajtur imazhin profesional.
- Së treti, përjashtimi i infermierëve me më pak se një vit përvojë pune kufizon mundësinë për të kuptuar sfidat me të cilat përballen stafi i ri lidhur me zbatimin e masave mbrojtëse.
- Së fundmi, studimi nuk ka marrë në konsideratë ndikimin e faktorëve institucionalë, siç janë politikat e brendshme të spitalit, mbështetja nga drejtuesit dhe kultura organizative e sigurtë. Këta faktorë mund të luajnë një rol të rëndësishëm në mënyrën se si infermierët zbatojnë masat paraprake standarde në praktikën e përditshme, dhe përfshirja e tyre në analizë mund të kishte ofruar një kuptim më të qartë të sjelljes së tyre.

REFERENCA

- Abdo Almoliqy, M., Elzilal, H. A., Alzahrani, E., Abo-Dief, H. M., Saleh, K. A., Alkubati, S. A., Saad, M. S., & Sultan, M. A. (2024). Prevalence and associated factors of needle stick and sharp injuries among nurses: A cross-sectional study. *SAGE open medicine*, 12, 20503121231221445. <https://doi.org/10.1177/20503121231221445>
- Abozaid, D. A., Momen, M., Ezz, N. F. A. E., et al. (2022). Patient and visitor aggression de-escalation training for nurses in a teaching hospital in Cairo, Egypt. *BMC Nursing*, 21, 63. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00828-y>
- Adal, O., Abebe, A., & Feleke, Y. (2023). Occupational Exposure to Blood and Body Fluids Among Nurses in the Emergency Department and Intensive Care Units of Public Hospitals in Addis Ababa City: Cross-sectional Study. *Environmental health insights*, 17, 11786302231157223. <https://doi.org/10.1177/11786302231157223>
- Adam, A. A., Anyiam, F. E., Shube, M. A., Mohamed, H. D., Ahmed, H. A., & Osman, N. H. (2025). Assessment of Medical Waste Segregation, Disposal Practices for Infectious and Sharps Waste in Healthcare Facilities in Somalia: Implications for Infection Prevention and Control. *Infectious Diseases and Reports*, 18, 3605–3615. <https://doi.org/10.2147/IDR.S525134>
- Akpuh, N., Ajayi, I., Adebowale, A., Idris Suleiman, H., Nguku, P., Dalhat, M., & Adedire, E. (2020). Occupational exposure to HIV among healthcare workers in PMTCT sites in Port Harcourt, Nigeria. *BMC public health*, 20(1), 451. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08528-5>
- Akyol, A. D., & Kargin, C. (2016). Needle stick and sharp injuries among nurses. *Global Journal of Nursing & Forensic Studies*, 1(4), 109. https://www.researchgate.net/publication/315054715_Needle_Stick_and_Sharp_Injuries_among_Nurses
- Al Alawi, L., Soteriades, E. S., Paulo, M. S., et al. (2020). Environmental assessment of cytotoxic drugs in healthcare settings: Protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 9, 242. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01494-4>
- Al-Faouri, I., Okour, S. H., Alakour, N. A., & Alrabadi, N. (2021). Knowledge and compliance with standard precautions among registered nurses: A cross-sectional study. *Annals of medicine and surgery* (2012), 62, 419–424. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2021.01.058>
- Alharbi, S. M., Alghanem, A. K., Alessa, H. A., Aldoobi, R. S., Busayli, F. A., Alharbi, K. S., Alzahrani, A. S., Kashkari, K. A., Huraib, M. M., Al Harbi, S. S., & Higazy, Y. E. (2021). Most common ergonomic injuries among healthcare workers. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 8(11), 5494–5498. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20214086>
- Alimohamadi, Y., Taghdir, M., Sepandi, M., Kalhor, L. and Abedini, F. (2020). Prevalence of Needlestick Injuries among Health-Care Workers in Iranian Hospitals: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Archives of Trauma Research*, 9(2), 47-55. https://archtrauma.kaums.ac.ir/article_118975.html
- Alizadeh, A., Khankeh, H. R., Barati, M., Ahmadi, Y., Hadian, A., & Azizi, M. (2020). Psychological distress among Iranian health-care providers exposed to coronavirus disease 2019 (COVID-19): a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02889-2>
- Aljehani, B. M. a. a. H. E. B. H. a. a. . S., & Alzahrani, Z. O. S. a. S. F. T. a. . A. E. a. S. a. M. a. . A. H. a. F. S. (2024, July 10). *The impact of shift work on nurses' mental health and job Performance: A Cross-Sectional Comparative Study*. <https://jicrcr.com/index.php/jicrcr/article/view/1322>
- Al-Khawaldeh, O., Al Kalaldeh, M., & Al Omari, O. (2023). Compliance with standard precautions among nursing students: The role of risk perception and self-efficacy. *BMC Nursing*, 22(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01165-w>
- Almhammd, A., Meng, Y. T., Al Osman, M., Massey, I. Y., Smadi, O., & Luo, Y. (2020). Study on knowledge and compliance of standard precautions among intensive care units nurses in Shaanxi Province, China. *Journal of Nursing & Care*, 9(506). <https://doi.org/10.37421/jnc.2020.9.506>
- Al-Rawajfah, O. M., Hweidi, I. M., Alkhalaileh, M., Khader, Y. S., & Alshboul, S. A. (2013). Compliance of Jordanian registered nurses with infection control guidelines: a national population-based study. *American journal of infection control*, 41(11), 1065–1068. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2013.05.008>
- Alter M. J. (2011). HCV routes of transmission: what goes around comes around. *Seminars in liver disease*, 31(4), 340–346. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1297923>

- Aluko, O. O., Adebayo, A. E., Adebisi, T. F., Ewegbemi, M. K., Abidoye, A. T., & Popoola, B. F. (2016). Knowledge, attitudes, and perceptions of occupational hazards and safety practices in Nigerian healthcare workers. *BMC Research Notes*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s13104-016-1880-2>
- Amarasekera, M., Rathnamalala, N., Samaraweera, S., & Jinadasa, M. (2010). Prevalence of latex allergy among healthcare workers. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 23(4), 391–396. <https://doi.org/10.2478/v10001-010-0040-5>
- Amoran, O. E., & Onwube, O. O. (2013). Infection control and practice of standard precautions among healthcare workers in northern Nigeria. *Journal of Global Infectious Diseases*, 5(4), 156–163. <https://doi.org/10.4103/0974-777X.122010>
- Amr, T., El-Sayedamr, T., Abdel, R., Gawadelkalashy, M., Mohamed, R., Ramadan, E.-S., & Saleh, M. (2022). Potential occupational health hazards among nurses working at obstetrics-gynecology and medical-surgical wards: Suggested preventive strategies. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 8(3), 74–87. <https://doi.org/10.9790/1959-0803047487>
- Arenas Jiménez, M. D., Sánchez-Payá, J., Gonzáles, C., Rivera, F., & Antolin, A. (1999). Audit on the degree of application of universal precautions in a haemodialysis unit. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 14(4), 1001–1003. <https://doi.org/10.1093/ndt/14.4.1001>
- Arenas, M. D., Sánchez-Payá, J., Barril, G., García-Valdecasas, J., Gorriz, J. L., Soriano, A., Antolin, A., Lacueva, J., García, S., Sirvent, A., Espinosa, M., & Angoso, M. (2005). A multicentric survey of the practice of hand hygiene in haemodialysis units: factors affecting compliance. *Nephrology, dialysis, transplantation : official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 20(6), 1164–1171. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfh759>
- Arif, A., Shah, S. I. A., Mumtaz, A., & Chughtai, A. S. (2017). Knowledge, attitudes and practices of standard precautions among nursing professionals at a teaching hospital. *Biomedica*, 33(4), 314–319. <http://www.thebiomedicapk.com/articles/563.pdf>
- Aristizabal-Pachon, A. F., & Castillo, W. O. (2019). Genotoxic evaluation of occupational exposure to antineoplastic drugs. *Toxicological Research*, 36(1), 29–36. <https://doi.org/10.1007/s43188-019-00003-7>
- Askarian, M., McLaws, M., & Meylan, M. (2006). Knowledge, attitude, and practices related to standard precautions of surgeons and physicians in university-affiliated hospitals of Shiraz, Iran. *International Journal of Infectious Diseases*, 11(3), 213–219. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2006.01.006>
- Askarian, M., Momeni, M., & Danaei, M. (2013). The management of cytotoxic drug wastes in Shiraz, Iran: An overview of all government and private chemotherapy settings, and comparison with national and international guidelines. *Waste Management & Research*, 31(6), 541–548. <https://doi.org/10.1177/0734242x13476747>
- Assaf, A. M., & Alswalha, A. (2016). Environmental impacts of working conditions in paint factories workers in the Hashemite Kingdom of Jordan. *European Scientific Journal*, 9(8), 37–45. <https://academic.wise.edu.jo/Ayoub.Alsawalha/Lists/Published%20Researches/DispForm.aspx?ID=6&ContentTypeId=0x010071F664F330AB0D43AC9C2F2C35ED2EEC>
- Aung, S. S., Nursalam, N., & Dewi, Y. S. (2017). Factors Affecting The Compliance Of Myanmar Nurses In Performing Standard Precaution. *Jurnal Ners*, 12(1), 1–8. <https://doi.org/10.20473/jn.v12i1.2294>
- Auta, A., Adewuyi, E. O., Tor-Anyiin, A., Aziz, D., Ogbole, E., Ogbonna, B. O., & Adelaye, D. (2017). Health-care workers' occupational exposures to body fluids in 21 countries in Africa: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(12), 831–841F. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.195735>
- Aydin, S., Yilmaz, M., & Yildirim, A. (2013). Symptoms and awareness of latex allergy among healthcare workers. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 131(2), 525–526. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.11.024>
- Azap, A., Ergönül, O., Memikoğlu, K. O., Yeşilkaya, A., Altunsoy, A., Bozkurt, G. Y., & Tekeli, E. (2005). Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. *American journal of infection control*, 33(1), 48–52. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2004.08.004>
- Bahl, P., Doolan, C., de Silva, C., Chughtai, A. A., Bourouiba, L., & MacIntyre, C. R. (2022). Airborne or Droplet Precautions for Health Workers Treating Coronavirus Disease 2019?. *The Journal of infectious diseases*, 225(9), 1561–1568. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa189>
- Bailey, T. S., Dollard, M. F., & Richards, P. a. M. (2014). A national standard for psychosocial safety climate (PSC): PSC 41 as the benchmark for low risk of job strain and depressive symptoms. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20(1), 15–26. <https://doi.org/10.1037/a0038166>

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191>
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71–81). Academic Press.
- Bandura, A. (2006). Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Adolescence and Education: Self Efficacy and Adolescence* (pp. 307–337)
- Bansal, A., Trieu, M., Eriksson, E. M., Zhou, F., McVernon, J., Brokstad, K. A., & Cox, R. J. (2025). SARS-CoV-2 infection rates and associated risk factors in healthcare workers: systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-89472-5>
- Barsan, M. E. (2008). *Pocket Guide 2007 silver* (3rd printing). <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2005-149/pdfs/2005-149.pdf>
- Basner, M., & McGuire, S. (2018). WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental noise and Effects on Sleep. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3), 519. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030519>
- 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>
- Belachew, Y. B., Lema, T. B., Germossa, G. N., & Adinew, Y. M. (2017). Blood/body fluid exposure and needle stick/sharp injury among nurses working in public hospitals; Southwest Ethiopia. *Frontiers in Public Health*, 5, 299. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00299>
- Bell, T., Sprajcer, M., Flenady, T., & Sahay, A. (2023). Fatigue in nurses and medication administration errors: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 32(17-18), 5445–5460. <https://doi.org/10.1111/jocn.16620>
- Berdufi, I., Cfarku, F., & Shyti, M. (2023). Occupational radiation exposure for dental radiation workers and diagnostic radiology workers in Albania. *International Conference on Pioneer and Innovative Studies*, 1, 189–193. <https://doi.org/10.59287/icpis.826>
- Beyan, A. C., Emerce, E., Tuna, G., & İşlekel, G. H. (2025). Chemical Risks, Genotoxicity, and Oxidative Stress in Healthcare Workers. *Toxics*, 13(3), 189. <https://doi.org/10.3390/toxics13030189>
- Bianco, V., Spera, A. M., Maraolo, A. E., Parente, S., Donno, D., Schiano Moriello, N., & Tosone, G. (2019). Risk of professional accidental exposure to biological agents in health care workers: a retrospective analysis carried out in a southern Italian tertiary hospital. *Le infezioni in medicina*, 27(1), 40–45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30882377/>
- Black, J. E., Hull, S. G., Tiller, J., Yang, R., & Harsh, J. R. (2010). The long-term tolerability and efficacy of armodafinil in patients with excessive sleepiness associated with treated obstructive sleep apnea, shift work disorder, or narcolepsy: An open-label extension study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 6(5), 458–466. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20957846/>
- Bond, W. W., Favero, M. S., Petersen, N. J., Gravelle, C. R., Ebert, J. W., & Maynard, J. E. (1981). Survival of hepatitis B virus after drying and storage for one week. *Lancet (London, England)*, 1(8219), 550–551. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(81\)92877-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(81)92877-4)
- Boyce, J. M., Pittet, D., Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, & HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force (2002). Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. *MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports*, 51(RR-16), 1–CE4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12418624/>
- Broussard, I. M., & Kahwaji, C. I. (2023, July 29). *Universal precautions*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470223/>
- Bunduki, G. K., Masoamphambe, E., Fox, T., Musaya, J., Musicha, P., & Feasey, N. (2024). Prevalence, risk factors, and antimicrobial resistance of endemic healthcare-associated infections in Africa: a systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-024-09038-0>
- Burch, J. B., Tom, J., Zhai, Y., Criswell, L., Leo, E., & Ogoossan, K. (2009). Shiftwork impacts and adaptation among health care workers. *Occupational Medicine (London)*, 59(3), 159–166. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqp022>

Cappell M. S. (2010). Injury to endoscopic personnel from tripping over exposed cords, wires, and tubing in the endoscopy suite: a preventable cause of potentially severe workplace injury. *Digestive diseases and sciences*, 55(4), 947–951. <https://doi.org/10.1007/s10620-009-0923-0>

CDC. (2023, May 22). *Physical Hazards*. [Www.cdc.gov. https://www.cdc.gov/niosh/learning/safetyculturehc/module-2/7.html](https://www.cdc.gov/niosh/learning/safetyculturehc/module-2/7.html)

CDC. (2024, May 21). *Disinfection and Sterilization Guideline*. Infection Control. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/disinfection-and-sterilization/index.html>

CDC. (2025, March 26). *Eye Protection for Infection Control*. Personal Protective Equipment. https://www.cdc.gov/niosh/ppe/eye-safety/infection-control.html?utm_source

Centers for Disease Control (CDC) (1989). Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public-safety workers. *MMWR supplements*, 38(6), 1–37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2525664/>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *2024 Guideline to Prevent Transmission of Pathogens in Healthcare Settings*. <https://www.cdc.gov/hicpac/media/pdfs/DRAFT-2024-Guideline-to-Prevent-Transmission-of-Pathogens-2023-10-23-508.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (1998). *Immunization of health-care workers: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) and the Hospital Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)*. *MMWR. Recommendations and Reports*, 46(RR-18), 1–20. Retrieved from <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00050577.htm>

Centers for Disease Control and Prevention. (2002). *Workbook for designing, implementing and evaluating a sharps injury prevention program* (1st ed.). U.S. Department of Health and Human Services. https://www.cdc.gov/sharpsafety/pdf/sharpsworkbook_2008.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2002). *Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings: Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force* (No. RR-16). *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 51, 1–45. <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5116.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (2003). *Guidelines for environmental infection control in health-care facilities*. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/environmental-control/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *Workbook for Designing, Implementing, and Evaluating a Sharps Injury Prevention Program* [PDF]. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Sharps-Safety-Workbook-2008-P.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (2008). *Workbook for designing, implementing, and evaluating a sharps injury prevention program*. <https://www.cdc.gov/infection-control/media/pdfs/Sharps-Safety-Workbook-2008-P.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (2023, November 7). *Clinical overview of hepatitis C*. <https://www.cdc.gov/hepatitis-c/hcp/clinical-overview/index.html>

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Preventing transmission of viral respiratory pathogens in healthcare settings. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/viral-respiratory-prevention/index.html>

Chartier, Y., Emmanuel, J., Pieper, U., Prüss, A., Rushbrook, P., Stringer, R., Townsend, W., Wilburn, S., & Zghondi, R. (2014). *Safe management of wastes from health-care activities* (2nd ed.). World Health Organization https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85349/9789241548564_eng.pdf

Cho, E., Lee, H., Choi, M., Park, S. H., Yoo, I. Y., & Aiken, L. H. (2013). Factors associated with needlestick and sharp injuries among hospital nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 50(8), 1025–1032. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.009>

Connor, T. H., & McDiarmid, M. A. (2006). Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic Drugs in Health Care Settings. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56(6), 354–365. <https://doi.org/10.3322/canjclin.56.6.354>

Connor, T. H., Lawson, C. C., Polovich, M., & McDiarmid, M. A. (2014). Reproductive health risks associated with occupational exposures to antineoplastic drugs in health care settings: A review of the evidence. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(9), 901–910. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000000249>

Connor, T. H., Lawson, C. C., Polovich, M., & McDiarmid, M. A. (2014). Reproductive Health Risks Associated With Occupational Exposures to Antineoplastic Drugs in Health Care Settings. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(9), 901–910. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000000249>

- Cordeiro, L., Gnatta, J. R., Ciofi-Silva, C. L., Price, A., De Oliveira, N. A., Almeida, R. M. A., Mainardi, G. M., Srinivas, S., Chan, W., Levin, A. S. S., & Padoveze, M. C. (2022). Personal protective equipment implementation in healthcare: A scoping review. *American Journal of Infection Control*, 50(8), 898–905. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2022.01.013>
- Costa G. (2012). Misure preventive e correttive per i lavoratori turnisti [Summary preventive and corrective measures for shift workers]. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 34(3 Suppl), 326–328. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23405653/>
- Cruz, J. P., Colet, P. C., Al-Otaibi, J. H., Soriano, S. S., Cacho, G. M., & Cruz, C. P. (2016). Validity and reliability assessment of the Compliance with Standard Precautions Scale Arabic version in Saudi nursing students. *Journal of Infection and Public Health*, 9(5), 645–653. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.01.010>
- Curran, E. T. (2015). Standard precautions: What is meant and what is not. *The Journal of Hospital Infection*, 90(1), 10–11. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2014.12.020>
- D'Arcy, L. P., Sasai, Y., & Stearns, S. C. (2012). Do assistive devices, training, and workload affect injury incidence? Prevention efforts by nursing homes and back injuries among nursing assistants. *Journal of advanced nursing*, 68(4), 836–845. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05785.x>
- Da'seh A, Al-Zaru I, Hayajneh A, Obaid O. The Nurses' Knowledge and Compliance with Standard Precautions to prevent Healthcare-associated Infections. *Open Nurs J*, 2023; 17: e187443462306231. <http://dx.doi.org/10.2174/18744346-v17-e20230711-2023-3>
- Davies, K., Weale, V., & Oakman, J. (2025). A work Systems Hierarchy of controls: Analysis of risk controls developed by paramedics. *American Journal of Industrial Medicine*. <https://doi.org/10.1002/ajim.23741>
- de Almeida Lima, A. B., Gusmão, C. M. P., do Espírito Santo Lima, L., Rocha, D. M., Meneguetti, M. G., de Oliveira E Silva, A. C., & Reis, R. K. (2025). Effect of an educational intervention on nursing students' knowledge about COVID-19 and compliance with standard and transmission-based precautions: a quasi-experimental study. *BMC nursing*, 24(1), 1071. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03672-y>
- de Castro A. B. (2003). 'Hierarchy of controls'. *The American journal of nursing*, 103(12), 104. <https://doi.org/10.1097/00000446-200312000-00030>
- De Los Santos, J. a. A., & Labrague, L. J. (2020). Impact of COVID-19 on the Psychological Well-Being and Turnover Intentions of frontline nurses in the Community: a Cross-Sectional Study in the Philippines. *medRxiv (Cold Spring Harbor Laboratory)*. <https://doi.org/10.1101/2020.08.05.20167411>
- Denault, D., & Gardner, H. (2023, July 20). OSHA Bloodborne Pathogen Standards. In *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570561/>
- Denge, T., & Rakhudu, M. (2022). Perceptions of nurses on occupational health hazards and safety practices in Ditsobotla public hospitals in North West province. *Curationis*, 45(1), e1–e9. <https://doi.org/10.4102/curationis.v45i1.2220>
- Di Mario, S., Dionisi, S., Di Simone, E., Liquori, G., Cianfrocca, C., Di Muzio, M., & Giannetta, N. (2022). Infections and Smartphone Use in Nursing Practice: A Systematic Review. *Florence Nightingale journal of nursing*, 30(2), 209–216. <https://doi.org/10.54614/FNJJN.2022.21190>
- Donati, D., Biagioli, V., Cianfrocca, C., De Marinis, M. G., & Tartaglioni, D. (2019). Compliance with Standard Precautions among Clinical Nurses: Validity and Reliability of the Italian Version of the Compliance with Standard Precautions Scale (CSPS-It). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(1), 121. <https://doi.org/10.3390/ijerph16010121>
- Dzhambov, A. M., & Dimitrova, D. D. (2016). Long-term self-reported exposure to occupational noise is associated with BMI-defined obesity in the US general population. *American Journal of Industrial Medicine*, 59(11), 1009–1019. <https://doi.org/10.1002/ajim.22609>
- Efstathiou, G., Papastavrou, E., Raftopoulos, V., & Merkouris, A. (2011). Compliance of Cypriot nurses with standard precautions to avoid exposure to pathogens. *Nursing & health sciences*, 13(1), 53–59. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00576.x>
- Efstathiou, G., Papastavrou, E., Raftopoulos, V., & Merkouris, A. (2011). Factors influencing nurses' compliance with Standard Precautions in order to avoid occupational exposure to microorganisms: A focus group study. *BMC Nursing*, 10(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-10-1>
- Ejebu, O.-Z., Dall'Ora, C., & Griffiths, P. (2021). Nurses' experiences and preferences around shift patterns: A scoping review. *PLoS ONE*, 16(8), e0256300. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256300>

- Elshaer, N. S. M., Moustafa, M. S. A., Aiad, M. W., & Ramadan, M. I. E. (2017). Job Stress and Burnout Syndrome among Critical Care Healthcare Workers. *Alexandria Journal of Medicine*, 54(3), 273–277. <https://doi.org/10.1016/j.ajme.2017.06.004>
- Erturk Sengel, B., Tukenmez Tigen, E., Bilgin, H., Dogru, A., & Korten, V. (2021). Occupation-Related Injuries Among Healthcare Workers: Incidence, Risk Groups, and the Effect of Training. *Cureus*, 13(4), e14318. <https://doi.org/10.7759/cureus.14318>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2015). *Work-related stress: Nature and management* OSHwiki. OSHwiki. <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/work-related-stress-nature-and-management>
- European Agency for Safety and Health at Work. (2019). Biological agents and work-related diseases: Results of a literature review, expert survey and analysis of monitoring systems. Safety and Health at Work EU-OSHA. <https://osha.europa.eu/en/publications/biological-agents-and-work-related-diseases-results-literature-review-expert-survey-and/view>
- European Commission. (2011). Occupational health and safety risks in the healthcare sector. European Union. <https://doi.org/10.2767/27263>
- European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (2011). *Occupational health and safety risks in the healthcare sector*. Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/27263>.
- European Commission: Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. (1996). *Guidance on risk assessment at work*. Publications Office. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/1a3462b0-728c-4a2b-88f0-6c641b91a86f>
- Executive Board, 7. (1951). Joint ILO/WHO Expert Committee on Occupational Health: report on the first session. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/86728>
- Fingerhut, M., Tim, D., Nelson, D. I., & Corvalan, C. (2005). Contribution of occupational risk factors to the global burden of disease - A summary of findings. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/41464117_Contribution_of_occupational_risk_factors_to_the_global_burden_of_disease_-_A_summary_of_findings
- Galougahi M. H. (2010). Evaluation of needle stick injuries among nurses of Khanevadeh Hospital in Tehran. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 15(4), 172–177. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21589791/>
- Gao, Y., Huang, X., Jin, Z., Zhang, X., Liu, Y., & Chen, J. (2025). Tailored role specific training program improves knowledge attitudes and practices in medical waste management among dental professionals. *Scientific Reports*, 15(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-025-03761-7>
- Garner J. S. (1996). Guideline for isolation precautions in hospitals. The Hospital Infection Control Practices Advisory Committee. *Infection control and hospital epidemiology*, 17(1), 53–80. <https://doi.org/10.1086/647190>
- Gebremariam, B. S. (2019). Determinants of occupational exposure to blood and body fluids, healthcare workers' risk perceptions and standard precautionary practices: A hospital-based study in Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 33(1), 4–11. <https://doi.org/10.4314/ejhd.v33i1.2>
- Ghabayen, F., ALBashtawy, M., Abdelkader, R. H., Jarrah, S., Eshah, N., Abdalrahim, A., Saifan, A., Alkhawaldeh, A., Rayan, A., Ayed, A., Al-Amer, R., Mohammad, K. I., Al-Dwaikat, T., Omari, O. A., ALBashtawy, S., ALBashtawy, B., & Dameery, K. A. (2023). Knowledge and Compliance With Standard Precautions Among Nurses. *SAGE open nursing*, 9, 23779608231189966. <https://doi.org/10.1177/23779608231189966>
- Gimeno, D., Barrientos-Gutiérrez, T., Burau, K. D., & Felknor, S. A. (2012). Safety climate and verbal abuse among public hospital-based workers in Costa Rica. *Work (Reading, Mass.)*, 42(1), 29–38. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-1324>
- González Jara, M. A., Mora Hidalgo, A., Avalos Gulin, J. C., López Albiach, M., Muñoz Ortiz, L., Torán Monserrat, P., & Esteva Ollé, X. (2013). Exposure of health workers in primary health care to glutaraldehyde. *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)*, 8(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-8-31>
- Gregory, G. E., Munro, K. J., Couper, K. N., Pathmanaban, O. N., & Brough, D. (2023). The NLRP3 inflammasome as a target for sensorineural hearing loss. *Clinical immunology (Orlando, Fla.)*, 249, 109287. <https://doi.org/10.1016/j.clim.2023.109287>
- Haddad, L. M., Annamaraju, P., & Toney-Butler, T. J. (2023). Nursing Shortage. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29630227/>

- Hall C. B. (2007). The spread of influenza and other respiratory viruses: complexities and conjectures. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*, 45(3), 353–359. <https://doi.org/10.1086/519433>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLoS One*, 11(7), e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Hamed, N. M. H., Deif, O. A., El-Zoka, A. H., Abdel-Atty, M. M., & Hussein, M. F. (2024). The impact of enhanced cleaning on bacterial contamination of the hospital environmental surfaces: a clinical trial in critical care unit in an Egyptian hospital. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13756-024-01489-z>
- Hamid, A., Ahmad, A. S., Dar, S., Sohail, S., Akram, F., & Qureshi, M. I. (2018). Ergonomics hazards and musculoskeletal disorders among workers of health care facilities. *Current World Environment*, 13(2), 10-16. <http://dx.doi.org/10.12944/CWE.13.2.10>
- Handbook of occupational hazards and controls for healthcare administrative workers*. (2011). Government of Alberta, Employment and Immigration. <https://open.alberta.ca/publications/handbook-of-occupational-hazards-and-controls-for-healthcare-administrative-workers>
- Hansen, A. B., Stayner, L., Hansen, J., & Andersen, Z. J. (2016). Night shift work and incidence of diabetes in the Danish Nurse Cohort. *Occupational and Environmental Medicine*, 73(4), 262–268. <https://doi.org/10.1136/oemed-2015-103368>
- Hazpak, A. (1996). *Making your workplace safer: A guide to basic risk management in the workplace*. World Health Organization. https://www.paci.com.au/downloads_public/risk/05_Hazpak_NSW.pdf
- Health and Safety Commission. (2008). *Health and Safety Commission annual report and Health and Safety Commission/Executive accounts 2007/08* (HC 579). Government of the United Kingdom. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a7c0657ed915d01ba1caaa1/0579.pdf>
- Health and Safety Executive. (2024). *Health and safety at work: Summary statistics for Great Britain 2024*. HSE. <https://www.hse.gov.uk/statistics/assets/docs/hssh2324.pdf>
- Health for All Project. (2019). Set i dokumenteve model për akreditimin e qendrave shëndetësore [Model document set for the accreditation of health centers]. Swiss Agency for Development and Cooperation. <https://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2019/06/Set-i-dokumente-model-per-akreditimin.pdf>
- Heydari, F., Akbari, M., & Shiravani, A. (2021). Adverse effects of occupational exposure to cytotoxic drugs among oncology staff. *Romanian Journal of Morphology and Embryology*, 62(3), 715-724. <https://romj.org/2021-0318>
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., Ware, J. C., & Adams Hillard, P. J. (2015). National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep health*, 1(1), 40–43. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2014.12.010>
- Hollingshead, C. M., Swinkels, H. M., & Shah, S. U. (2025). *Ebola virus disease*. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. Updated March 1, 2024. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560579/>
- Houghton, C., Meskell, P., Delaney, H., Smalle, M., Glenton, C., Booth, A., Chan, X. H. S., Devane, D., & Biesty, L. M. (2020). *Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: A rapid qualitative evidence synthesis*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(CD013582). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013582>
- Hudson, T. W. (2001). *Occupational health and safety management systems*. Proceedings of the First National Conference, University of Western Sydney, Sydney, 1–32. http://www.mtpinnacle.com/pdfs/gen_ohsms_4231.pdf
- Ibitoye, E., et al. (2021). Healthcare Workers Exposure to Ionizing Radiation: A Cross-Sectional Study on Oxidative Stress Indicators Among Healthcare Workers Exposed to Ionizing Radiation at Diagnostic Radiology Departments. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 25(2), 101-110. <https://doi.org/10.1097/JOE.0000000000000018>
- ILO. (2022). *Report of the Director-General: Third supplementary report: Report of the Meeting of Experts for the tripartite validation of the technical guidelines on biological hazards (20–24 June 2022)* (GB.346/INS/17/3). International Labour Organization.

https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@relconf/documents/meetingdocument/wcms_857517.pdf

Instituti i Shëndetit Publik. (2012, November). *Protokolli i Infeksioneve Spitalore* <https://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2012/11/Protokolli-i-Infeksioneve-Spitalore.pdf>

International Agency for Research on Cancer. (2000). *Some antiviral and antineoplastic drugs, and other pharmaceutical agents* (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 76). <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Some-Antiviral-And-Antineoplastic-Drugs-And-Other-Pharmaceutical-Agents-2000>

International Labour Office. (1986). *Psychosocial factors at work: Recognition and control* (Occupational Safety and Health Series No. 56). https://webapps.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_engl.pdf

International Labour Organization (ILO). (2014). *HealthWISE work improvement in health services trainers' guide*. Retrieved from http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/instructionalmaterial/wcms_237278.pdf

International Labour Organization. (1985). *Occupational Health Services Convention, 1985 (No. 161)*. https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:55:0:::55:P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:CON,en,C161,/Document

International Labour Organization. (1998). *Resolution concerning statistics of occupational injuries resulting from occupational accidents*. Sixteenth International Conference of Labour Statisticians. <https://ilostat.ilo.org/about/standards/icls/icls-documents/>

International Labour Organization. (2014). *HealthWISE action manual: Work improvement in health services*. Availableat: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_dialogue/---sector/documents/instructionalmaterial/wcms_237278.pdf. Accessed May 28, 2014.

International Labour Organization. (2014). *Occupational safety and health management systems: A practical guide for small and medium-sized enterprises* (WCMS 237276). https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_dialogue/@sector/documents/instructionalmaterial/wcms_237276.pdf

International Labour Organization. (2015). *Global trends on occupational accidents and diseases*. ILO. https://webapps.ilo.org/static/english/osh/en/story_content/external_files/fs_st_1-ILO_5_en.pdf

International Labour Organization. Convention No. 161 of 1985 concerning Occupational Health Services. Geneva: ILO. https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:C161

Isara, A. R., Oguzie, K. E., & Okpogoro, O. E. (2015). Prevalence of Needlestick Injuries Among Healthcare Workers in the Accident and Emergency Department of a Teaching Hospital in Nigeria. *Annals of medical and health sciences research*, 5(6), 392–396. <https://doi.org/10.4103/2141-9248.177973>

Isolation Precautions Guideline. (2023, November 27). Infection Control. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/isolation-precautions/index.html>

Jahangiri, M., Rostamabadi, A., Hoboubi, N., Tadayon, N., & Soleimani, A. (2016). Needle Stick Injuries and their Related Safety Measures among Nurses in a University Hospital, Shiraz, Iran. *Safety and health at work*, 7(1), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.006>

Jalian HR, Jalian CA, Avram MM. Common Causes of Injury and Legal Action in Laser Surgery. *JAMA Dermatol*. 2013;149(2):188–193. doi:10.1001/jamadermatol.2013.1384

Jalian, H. R., Jalian, C. A., & Avram, M. M. (2013). Common causes of injury and legal action in laser surgery. *JAMA dermatology*, 149(2), 188–193. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.1384>

Jalian, H. R., Jalian, C. A., & Avram, M. M. (2013). Common causes of injury and legal action in laser surgery. *JAMA dermatology*, 149(2), 188–193. <https://doi.org/10.1001/jamadermatol.2013.1384>

Janatolmakan, M., Abdi, A., Rezaeian, S., Framarzi Nasab, N., & Khatony, A. (2023). Violence against Emergency Nurses in Kermanshah-Iran: Prevalence and Associated Factors. *Nursing research and practice*, 2023, 9362977. <https://doi.org/10.1155/2023/9362977>

Janjua, N. Z., Razaq, M., Chandir, S., Rozi, S., & et al. (2007). Poor knowledge predictor of non-adherence to universal precautions for blood borne pathogens at first level care facilities in Pakistan. *BMC Infectious Diseases*, 7, 81. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-7-81>

Jinadatha, C., Villamaria, F. C., Coppin, J. D., Dale, C. R., Williams, M. D., Whitworth, R., & Stibich, M. (2017). Interaction of healthcare worker hands and portable medical equipment: a sequence analysis to

show potential transmission opportunities. *BMC Infectious Diseases*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2895-6>

Jogie, J. A., Kumari, P., & Singh, R. (2025). A comprehensive review of the hierarchy of controls and barriers to its implementation. *International Journal of Preventive Medicine and Health*, 5(3), 31–38. <https://www.ijpmh.latticescipub.com/wp-content/uploads/papers/v5i3/C106105030325.pdf>

Johnson, O. E., Asuzu, M. C., & Adebisi, A. (2013). Knowledge and practice of universal precautions among professionals in public and private health facilities in Uyo, Southern Nigeria – A comparative study. *Ibom Medical Journal*, 6(1), 9–19. <https://doi.org/10.4236/ojn.2020.105038>

Joshi, R., Reingold, A. L., Menzies, D., & Pai, M. (2006). Tuberculosis among health-care workers in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS Medicine*, 3(12), e494. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030494>

Kabbash, I. A., El-Sayed, N. M., Al-Nawawy, A. N., Abou Salem, M. el-S., El-Deek, B., & Hassan, N. M. (2007). Risk perception and precautions taken by health care workers for HIV infection in haemodialysis units in Egypt. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 13(2), 392–407. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17684860/>

Kabotho, K. T., & Chivese, T. (2020). Occupational exposure to HIV among nurses at a major tertiary hospital: Reporting and utilization of post-exposure prophylaxis; A cross-sectional study in the Western Cape, South Africa. *PLOS ONE*, 15(4), e0230075. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230075>

Kabotho, K. T., & Chivese, T. (2020). Occupational exposure to HIV among nurses at a major tertiary hospital: Reporting and utilization of post-exposure prophylaxis; A cross-sectional study in the Western Cape, South Africa. *PloS one*, 15(4), e0230075. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230075>

Kafle, S., Paudel, S., Thapaliya, A., & Acharya, R. (2022). Workplace violence against nurses: a narrative review. *Journal of Clinical and Translational Research*. <https://doi.org/10.18053/jctres.08.202205.010>

Kaweti, G., & Feleke, T. (2024). Prevalence and associated factors of needlestick and sharp object injuries among healthcare workers in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Epidemiology*, 4. <https://doi.org/10.3389/fepid.2024.1385417>

Kempen, E. V., Casas, M., Pershagen, G., & Foraster, M. (2018). WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Cardiovascular and Metabolic Effects: A Summary. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 379. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020379>

Këshilli i Ministrave. (2010). *Vendim nr. 798, datë 29.9.2010: Për miratimin e rregullores "Për administrimin e mbetjeve spitalore"*. Fletorja Zyrtare e Republikës së Shqipërisë, 156, 8209–8220. <https://shendetesia.gov.al/wp-content/uploads/2018/02/798.pdf>

Khalifian, S., Vazirnia, A., Mohan, G. C., Thompson, K. V., Jalian, H. R., & Avram, M. M. (2022). Causes of Injury and Litigation in Cutaneous Laser Surgery: An Update From 2012 to 2020. *Dermatologic surgery : official publication for American Society for Dermatologic Surgery [et al.]*, 48(3), 315–319. <https://doi.org/10.1097/DSS.00000000000003375>

Khan, F. A., Shamim, M. H., Ali, L., & Taqi, A. (2019). Evaluation of Job Stress and Burnout Among Anesthesiologists Working in Academic Institutions in 2 Major Cities in Pakistan. *Anesthesia and analgesia*, 128(4), 789–795. <https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000004046>

Khan, M. A., et al. (2021). Transmissibility and transmission of respiratory viruses. *Nature Reviews Microbiology*, 19(5), 1-12. <https://doi.org/10.1038/s41579-021-00535-6>

Kim, A. Y., & Sim, I. O. (2020). Mediating factors in nursing competency: A structural model analysis for nurses' communication, self-leadership, self-efficacy, and nursing performance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6850. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186850>

Kim, H. J., & Park, D. (2023). Effects of nursing professionalism and self-efficacy on job embeddedness in nurses. *Heliyon*, 9(6), Article e16991. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16991>

Kimber, I., Poole, A., & Basketter, D. A. (2018). Skin and respiratory chemical allergy: confluence and divergence in a hybrid adverse outcome pathway. *Toxicology research*, 7(4), 586–605. <https://doi.org/10.1039/c7tx00272f>

Kimber, I., Poole, A., & Basketter, D. A. (2018). Skin and respiratory chemical allergy: confluence and divergence in a hybrid adverse outcome pathway. *Toxicology research*, 7(4), 586–605. <https://doi.org/10.1039/c7tx00272f>

- Knutsson, A., & Bøggild, H. (2010). Gastrointestinal disorders among shift workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(2), 85–95. <https://doi.org/10.5271/sjweh.2899>
- Köse, S., Mandiracioglu, A., Tatar, B., Gül, S., & Erdem, M. (2014). Prevalence of latex allergy among healthcare workers in Izmir (Turkey). *Central European Journal of Public Health*, 22(4), 262–265. <https://doi.org/10.21101/cejph.a3912>
- Kumbhar, V. R., & Geddugol, S. B. (2025). Prevalence of Health Effects Due to Disinfectant Exposure and Its Impact on Selected Physiological Parameters Among Class D Workers: A Descriptive Cross-Sectional Study. *Cureus*, 17(3), e79994. <https://doi.org/10.7759/cureus.79994>
- Kuvendi i Republikës së Shqipërisë. (2010). *Ligj Nr. 10237, datë 18.02.2010 “Për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë”*. [Law No. 10237, dated 18.02.2010 “On Safety and Health at Work”]. <https://www.dpshttrr.al/sites/default/files/downloads/dokumente/Ligji%20Nr.10237,%20dat%C3%AB%2018.02.2010%20E2%80%9CP%C3%ABr%20Sigurin%C3%AB%20dhe%20Sh%C3%ABndetin%20n%C3%AB%20Pun%C3%ABE2%80%9C.pdf>
- Kuvendi i Republikës së Shqipërisë. (2010). *Ligj Nr. 10237, datë 18.02.2010 “Për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë”*. [Law No. 10237, dated 18.02.2010 “On Safety and Health at Work”]. <https://www.dpshttrr.al/sites/default/files/downloads/dokumente/Ligji%20Nr.10237,%20dat%C3%AB%2018.02.2010%20E2%80%9CP%C3%ABr%20Sigurin%C3%AB%20dhe%20Sh%C3%ABndetin%20n%C3%AB%20Pun%C3%ABE2%80%9C.pdf>
- Kynoch, K., Liu, X. L., Cabilan, C. J., & Ramis, M. A. (2024). Educational programs and interventions for health care staff to prevent and manage aggressive behaviors in acute hospitals: a systematic review. *JBI evidence synthesis*, 22(4), 560–606. <https://doi.org/10.11124/JBIES-22-00409>
- Lam, S. C. (2011). Universal to standard precautions in disease prevention: Preliminary development of compliance scale for clinical nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1533–1539. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.06.009 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21803354/>
- Lam, S. C. (2014). Validation and cross-cultural pilot testing of Compliance with Standard Precautions Scale: Self-administered instrument for clinical nurses. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 35(5), 547–555. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24709724/>
- Lawson, C. C., Rocheleau, C. M., Whelan, E. A., Lividoti Hibert, E. N., Grajewski, B., Spiegelman, D., et al. (2012). Occupational exposures among nurses and risk of spontaneous abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(4), 327.e1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.12.030>
- Lawson, C. C., Rocheleau, C. M., Whelan, E. A., Lividoti Hibert, E. N., Grajewski, B., Spiegelman, D., & Rich-Edwards, J. W. (2012). Occupational exposures among nurses and risk of spontaneous abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 206(4), 327.e1–327.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.12.030>
- Lee, J., & Kim, J. (2014). Physical agents and occupational disease compensation: noise, vibration, radiation, and other physical agents. *Journal of Korean medical science*, 29 Suppl(Suppl), S72–S77. <https://doi.org/10.3346/jkms.2014.29.S.S72>
- Lee, K., Eta, A., & Professor, P. (1999). Measuring Fatigue—A challenge. *Image the Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 207. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00477.x>
- Lee, S. J., & Rempel, D. (2020). Comparison of lift use, perceptions, and musculoskeletal symptoms between ceiling lifts and floor-based lifts in patient handling. *Applied ergonomics*, 82, 102954. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2019.102954>
- Leijssen, J. B., Snijder, M. B., Timmermans, E. J., Generaal, E., Stronks, K., & Kunst, A. E. (2018). The association between road traffic noise and depressed mood among different ethnic and socioeconomic groups. The HELIUS study. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 222(2), 221–229. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2018.10.002>
- Leka, S., & Cox, T. (Eds.). (2008). *The European framework for psychosocial risk management: PRIMA-EF*. I-WHO Publications, Institute of Work, Health and Organisations, University of Nottingham. http://www.prima-ef.org/uploads/1/1/0/2/11022736/prima_ef_ebook.pdf
- Leka, S., Jain, A., Zwetsloot, G., & Cox, T. (2010). Policy-level interventions and work-related psychosocial risk management in the European Union. *Work & Stress*, 24(3), 298–307. <https://doi.org/10.1080/02678373.2010.519918>
- Levesque, I. R., Fortier, V., Pazmiño, J. C., Ahmed, Z., & McNabb, E. (2025). The hierarchy of hazard controls in clinical magnetic resonance safety. *Current Problems in Diagnostic Radiology*. <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2025.06.007>

- Li, H., Leong, F. Y., Xu, G., Kang, C. W., Lim, K. H., Tan, B. H., & Loo, C. M. (2021). Airborne dispersion of droplets during coughing: a physical model of viral transmission. *Scientific reports*, 11(1), 4617. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-84245-2>
- Li, X., & Wang, L. (2005). Standard precaution investigation and the knowledge countermeasures. *Journal of Nursing Science*, 20, 63-68. <https://scholar.google.com/scholar>
- Li, X., He, Q., & Zhao, H. (2024). Situation and associated factors of needle stick and sharps injuries among health-care workers in a tertiary hospital: a cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11439-5>
- Liu, F., Han, B., Zhou, X., Huang, S., & Huang, J. (2023). Research progress on the treatment and nursing of sensorineural hearing loss. *Frontiers in Neuroscience*, 17, 1199946. <https://doi.org/10.3389/fnins.2023.1199946>
- Lugah, V., Ganesh, B., Darus, A., Retneswari, M., Rosnawati, M. R., & Sujatha, D. (2010). Training of occupational safety and health: knowledge among healthcare professionals in Malaysia. *Singapore medical journal*, 51(7), 586–592. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3775221/>
- Luo, Y., He, G. P., Zhou, J. W., & Luo, Y. (2010). Factors impacting compliance with standard precautions in nursing, China. *International journal of infectious diseases : IJID : official publication of the International Society for Infectious Diseases*, 14(12), e1106–e1114. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2009.03.037>
- LY, J. Q., FT, Y., & YX. (2023). The impact of self-efficacy on nurses' well-being: Does digital competence matter? *Journal of Korean Academy of Nursing*, 53(4), 385–396. <https://doi.org/10.4040/jkan.23037>
- Mahajan, D., Gupta, M. K., Mantri, N., & et al. (2023). Musculoskeletal disorders among doctors and nursing officers: An occupational hazard of overstrained phealthcare delivery system in western Rajasthan, India. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 24, 349. <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06457-z>
- Manyele, S. V., Ngonyani, H. A., & Eliakimu, E. (2008). The status of occupational safety among health service providers in hospitals in Tanzania. *Tanzania journal of health research*, 10(3), 159–165. <https://doi.org/10.4314/thrb.v10i3.14356>
- Maral Ramazani, Razieh Pourahmad Jaktaji, Shirazi, F. H., Tavakoli-Ardakani, M., Salimi, A., & Jalal Pourahmad. (2019). Analysis of apoptosis related genes in nurses exposed to anti-neoplastic drugs. *BMC Pharmacology and Toxicology*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s40360-019-0372-0>
- Markovic-Denic, L., Maksimovic, N., Marinkovic, J., Vucicevic, J., Ostric, I., & Djuric, D. (2014). Occupational exposure to blood and body fluids among health-care workers in Serbia. *Medicina del Lavoro*, 105(3), 215–224. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24502099/>
- Martin, C. V., Joyce-McCoach, J., Peddle, M., & East, C. E. (2024). Sleep deprivation and medication administration errors in registered nurses: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(3), 859–873. <https://doi.org/10.1111/jocn.16912>
- Matheson, A., O'Brien, L., & Reid, J. (2014). The impact of shiftwork on health: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23–24), 3309–3320. <https://doi.org/10.1111/jocn.12524>
- Matsunaga, M., & Nakagawa, T. (2023). Future Pharmacotherapy for Sensorineural Hearing Loss by Protection and Regeneration of Auditory Hair Cells. *Pharmaceutics*, 15(3), 777. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics15030777>
- Mbaisi, E. M., Ng'ang'a, Z., Wanzala, P., & Omolo, J. (2013). Prevalence and factors associated with percutaneous injuries and splash exposures among health care workers in a provincial hospital, Kenya, 2010. *The Pan African medical journal*, 14, 10. <https://doi.org/10.11604/pamj.2013.14.10.1373>
- McDiarmid M. A. (2006). Chemical hazards in health care: high hazard, high risk, but low protection. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1076, 601–606. <https://doi.org/10.1196/annals.1371.032>
- McDiarmid M. A. (2006). Chemical hazards in health care: high hazard, high risk, but low protection. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1076, 601–606. <https://doi.org/10.1196/annals.1371.032>
- McGaw, C. D., Tennant, I., Harding, H. E., Cawich, S. O., Crandon, I. W., & Walters, C. A. (2012). Healthcare workers' attitudes to and compliance with infection control guidelines in the operating department at the University Hospital of the West Indies, Jamaica. *International Journal of Infection Control*, 8(3), 1–9. <https://www.ijic.info/article/view/10411>
- Medeiros, L. P., Miranda, K. S., Gonçalves, T. M., Rodrigues, D. D. M., Hiraki, K. R. N., Valim, M. D., Taminato, M., & Morais, R. B. (2022). Knowledge of and adherence to standard precautions in a

hemodialysis unit: a cross-sectional study. *Sao Paulo medical journal = Revista paulista de medicina*, 140(2), 297–304. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0288.23072021>

Medeni, İ., Alagüney, M. E., & Medeni, V. (2024). Occupational injuries among healthcare workers: A nationwide study in Turkey. *Frontiers in Public Health*, 12, Article 1505331. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1505331>

Mendes, I. A., & Marziale, M. H. (2006). Década de recursos humanos em saúde: 2006-2015 [Decade of human resources for health: 2006-2015]. *Revista latino-americana de enfermagem*, 14(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000100001>

Mendes, I. A., & Marziale, M. H. (2006). Década de recursos humanos em saúde: 2006-2015 [Decade of human resources for health: 2006-2015]. *Revista latino-americana de enfermagem*, 14(1), 1–6. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692006000100001>

Mersal, F. A., Alenezi, I. N., Ali, R. A. E. S., & Alanazi, F. K. (2025). Occupational Health Hazards and Control Measures in Government Hospitals: A Cross-Sectional Survey of Nurses' and Nurse Managers' Perspectives. *Journal of nursing management*, 2025, 6657959. <https://doi.org/10.1155/jonm/6657959>

Ministria e Shëndetësisë dhe Mbrojtjes Sociale. (2007.). *Politika kombëtare për pajisjet mjekësore në Republikën e Shqipërisë*. Agjencia Kombëtare e Pajisjeve Biomjekësore. Retrieved from <https://biomedical.gov.al/files/politika-pajisjeve.pdf>

Ministria e Shëndetësisë, & Instituti i Shëndetit Publik. (2012). *Protokolli i infeksioneve spitalore dhe parandalimin e infeksioneve spitalore* [Protocol for hospital infections and prevention of hospital infections]. ISHP. <https://www.ishp.gov.al/wp-content/uploads/2018/11/Protokolli-i-Infeksioneve-Spitalore.pdf>

Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (Eds.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. Springer. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28590610/>

Momeni, M., Askarian, M., Azad, H., & Danaei, M. (2021). Exposure to cytotoxic drugs threatens the health of staff in oncology wards. *Russian Open Medical Journal*, 10, e0316. <https://doi.org/10.15275/rusomj.2021.e0316>

Moneret-Vautrin, D.A., Kanny, G., & Pichot, C. (2006). Latex allergy: A follow-up study of 1040 healthcare workers. *Allergy*, 61(5), 646-652. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2006.01194.x>

Moorman, A. C., de Perio, M. A., Goldschmidt, R., et al. (2020). Testing and clinical management of health care personnel potentially exposed to hepatitis C virus — CDC guidance, United States, 2020. *MMWR Recommendations and Reports*, 69(RR-6), 1–8. <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6906a1>

Motamed, N., BabaMahmoodi, F., Khalilian, A., Peykanheirati, M., & Nozari, M. (2006). Knowledge and practices of health care workers and medical students towards universal precautions in hospitals in Mazandaran Province. *Eastern Mediterranean health journal = La revue de sante de la Mediterranee orientale = al-Majallah al-sihhiyah li-sharq al-mutawassit*, 12(5), 653–661. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17333806/>

Mumbwe, M. C., McIsaac, D., Jarman, A., & Bould, M. D. (2020). A Cross-Sectional Survey to Determine the Prevalence of Burnout Syndrome Among Anesthesia Providers in Zambian Hospitals. *Anesthesia and analgesia*, 130(2), 310–317. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000004464>

N.A. Alomairy. (2023). Evaluating the Knowledge and Attitudes Towards Radiation Protection in Portable Radiological Examinations Among Nurses in Pediatric Intensive Care Units. *Radioprotection*, 59(1), 36–41. <https://doi.org/10.1051/radiopro/2023044>

Naithani, M., Khapre, M., Kathrotia, R., Gupta, P. K., Dhingra, V. K., & Rao, S. (2021). Evaluation of Sensitization Program on Occupational Health Hazards for Nursing and Allied Health Care Workers in a Tertiary Health Care Setting. *Frontiers in public health*, 9, 669179. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.669179>

Nankongnab, N., Kongtip, P., Tipayamongkholgul, M., Silpasuwan, P., Kaewboonchoo, O., Luksamijarulkul, P., & Woskie, S. (2021). Occupational hazards, health conditions and personal protective equipment used among healthcare workers in hospitals, Thailand. *Human and ecological risk assessment : HERA*, 27(3), 804–824. <https://doi.org/10.1080/10807039.2020.1768824>

Nankongnab, N., Kongtip, P., Tipayamongkholgul, M., Silpasuwan, P., Kaewboonchoo, O., Luksamijarulkul, P., & Woskie, S. (2021). Occupational hazards, health conditions and personal protective equipment used among healthcare workers in hospitals, Thailand. *Human and ecological risk assessment : HERA*, 27(3), 804–824. <https://doi.org/10.1080/10807039.2020.1768824>

National Institute for Occupational Safety and Health (1988). *Occupational Safety and Health Guidelines for Chemical Hazards: Supplement I-OHG*. <https://doi.org/10.26616/NIOSH PUB88118>

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2002). *Workplace violence in hospitals* (DHHS Publication No. 2002-101). Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/pdfs/2002-101.pdf>

National Institute for Occupational Safety and Health. (1988). *Occupational Health Guidelines for Chemical Hazards: Supplement I-OHG* (DHHS Publication No. 88-118). doi: <https://doi.org/10.26616/NIOSH PUB88118>

National Institute for Occupational Safety and Health. (2007). *NIOSH pocket guide to chemical hazards* (DHHS [NIOSH] Publication No. 2005-149). U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/niosh/docs/2005-149/pdfs/2005-149.pdf>

National Institute for Occupational Safety and Health. (2012). *Biological hazards*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/niosh/learning/safetyculturehc/module-2/2.html>

National Institute for Occupational Safety and Health. (2012). *Chain of Infection Components*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/niosh/learning/safetyculturehc/module-2/3.html>

Ncube, F., & Kanda, A. (2018). *Commentary on the Organisation of Occupational Health and Safety in Southern Africa, the International Labour Organization and Policies in General*. *Annals of Global Health*, 84(3), 500-503

Ncube, F., & Kanda, A. (2018). Commentary on the organisation of occupational health and safety in Southern Africa, the International Labour Organization and policies in general. *Annals of Global Health*, 84(3), 500–503. <https://doi.org/10.29024/aogh.2333>

Ndejjo, R., Musinguzi, G., Yu, X., Buregyeya, E., Musoke, D., Wang, J.-S., Halage, A. A., Whalen, C., Bazeyo, W., & Williams, P. (2015). Occupational health hazards among healthcare workers in Kampala, Uganda. *Journal of Environmental and Public Health*, 2015. <https://doi.org/10.1155/2015/165830>

Nguyen K, Kohli A, Byers M. Latex Allergy (Nursing) [Updated 2023 Jul 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568757/>

Nicastri, E., Kobinger, G., Vairo, F., Montaldo, C., Mboera, L. E. G., Ansunama, R., Zumla, A., & Ippolito, G. (2019). Ebola Virus Disease: Epidemiology, Clinical Features, Management, and Prevention. *Infectious disease clinics of North America*, 33(4), 953–976. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2019.08.005>

Nikolopoulou, G. B., Tzoutzas, I., Tsakris, A., & Maltezou, H. C. (2023). Hepatitis B in healthcare personnel: An update on the global landscape. *Viruses*, 15(12), 2454. <https://doi.org/10.3390/v15122454>

NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health/CDC). (2009). *A NORA report: State of the sector: Healthcare and social assistance, 2009*. Available at: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/2009-139/pdfs/2009-139.pdf>

Noghan, N., Sadri, M., Hejazi, S. S., Noghan, N., Jalilv, M., & Shirahmadi, S. (2023). Nursing Performance and Smartphone Use in Clinical Settings. *Indian journal of occupational and environmental medicine*, 27(4), 286–292. https://doi.org/10.4103/ijoom.ijoom_107_22

Obirikorang, C., Opoku, S. K., Obirikorang, Y., Acheampong, E., Yorke, J., Donkoh, E. T., Chidera, C., Sarpong, D., Anto, E. O., Issahaku, R., Appeaning, M., Nelson, C., Batu, E. N., Amakwah, B., Asamoah, E. A., Amoah, B., & Afraine, B. O. (2019). Awareness and occupational exposures to needlestick injuries among healthcare workers: A quantitative assessment in a Ghanaian metropolis. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 2(3), 93–98. https://doi.org/10.4103/JQSH.JQSH_9_19

Obirikorang, C., Opoku, S. K., Obirikorang, Y., Acheampong, E., Yorke, J., Donkoh, E. T., ... & Afraine, B. O. (2019). Awareness and occupational exposures to needlestick injuries among healthcare workers: A quantitative assessment in a Ghanaian metropolis. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*, 2(3), 93–98. https://doi.org/10.4103/JQSH.JQSH_9_19

Occupational Safety and Health Administration. (2016). *Recommended practices for safety and health programs* (OSHA Publication No. 3885). U.S. Department of Labor. Retrieved from <https://www.osha.gov/sites/default/files/publications/OSHA3885.pdf>

Occupational Safety and Health Administration. (2020). *Respiratory protection guidance for the employers of those working in nursing homes, assisted living, and other long-term care facilities during the COVID-19 pandemic*. <https://www.osha.gov/sites/default/files/respiratory-protection-covid19-long-term-care.pdf>

Occupational Safety and Health Administration. (n.d.). *OSHA recordkeeping forms package*. Retrieved from <https://www.osha.gov/sites/default/files/OSHA-RK-Forms-Package.pdf>

- Odenwald, M. A., & Paul, S. (2022). Viral hepatitis: Past, present, and future. *World Journal of Gastroenterology*, 28(14), 1405–1429. <https://doi.org/10.3748/wjg.v28.i14.1405>
- Ogbede, O. M. (2023). Occupational health and safety practices among healthcare workers in selected health facilities in Delta South Senatorial District. *Faculty of Natural and Applied Sciences Journal of Scientific Innovations*, 5(1), 90–101. <https://fnasjournals.com/index.php/FNAS-JSI/article/view/207>
- Ogoina, D., Pondei, K., Adetunji, B., Chima, G., Isichei, C., & Gidado, S. (2015). Knowledge, attitude and practice of standard precautions of infection control by hospital workers in two tertiary hospitals in Nigeria. *Journal of infection prevention*, 16(1), 16–22. <https://doi.org/10.1177/1757177414558957>
- Oh, E., & Choi, J. S. (2019). Factors influencing the adherence of nurses to standard precautions in South Korea hospital settings. *American journal of infection control*, 47(11), 1346–1351. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2019.05.015>
- Okefor, C. U., & Alamina, F. E. (2018). A qualitative study on psychosocial hazards among health care workers in a tertiary health facility in South-South Nigeria. *Annals of Ibadan postgraduate medicine*, 16(1), 23–29. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6143885/>
- Orme, N. M., Rihal, C. S., Gulati, R., Holmes, D. R., Jr, Lennon, R. J., Lewis, B. R., McPhail, I. R., Thielen, K. R., Pislariu, S. V., Sandhu, G. S., & Singh, M. (2015). Occupational health hazards of working in the interventional laboratory: a multisite case control study of physicians and allied staff. *Journal of the American College of Cardiology*, 65(8), 820–826. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.11.056>
- Orme, N. M., Rihal, C. S., Gulati, R., Holmes, D. R., Jr, Lennon, R. J., Lewis, B. R., McPhail, I. R., Thielen, K. R., Pislariu, S. V., Sandhu, G. S., & Singh, M. (2015). Occupational health hazards of working in the interventional laboratory: a multisite case control study of physicians and allied staff. *Journal of the American College of Cardiology*, 65(8), 820–826. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2014.11.056>
- OSHA. (n.d.). OSHA Forms for Recording Work-Related Injuries and Illnesses Dear Employer. <https://www.osha.gov/sites/default/files/OSHA-RK-Forms-Package.pdf>
- P. A., A. L., Raja, A., Stanly A., M., Mary Paul, C., & H., G. J. (2018). A cross sectional study on needle stick and sharp injuries among health care providers in tertiary centers, Tamil Nadu. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, 5(3), 982–986. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20180524>
- Pan American Health Organization. (2020). *Training program for infection prevention and control for COVID-19*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54537>
- Parmeggiani, C., Abbate, R., Marinelli, P., & Angelillo, I. F. (2010). Healthcare workers and health care-associated infections: knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy. *BMC infectious diseases*, 10, 35. <https://doi.org/10.1186/1471-2334-10-35>
- Prohaska J, Hohman MH. Laser Complications. [Updated 2023 Aug 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532248/>
- Prohaska J, Hohman MH. Laser Complications. [Updated 2023 Aug 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532248/>
- Public Health Agency of Canada. (2019). *Guideline on the prevention of transmission of bloodborne viruses from infected healthcare workers in healthcare settings*. Ottawa, ON: PHAC. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/infectious-diseases/nosocomial-occupational-infections/prevention-transmission-bloodborne-viruses-healthcare-workers.html>
- Qazi, A. R., Siddiqui, F. A., Faridi, S., Nadeem, U., Umer, N. I., Mohsini, Z. S., Edhi, M. M., & Khan, M. (2016). Comparison of awareness about precautions for needle stick injuries: a survey among health care workers at a tertiary care center in Pakistan. *Patient safety in surgery*, 10(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13037-016-0108-7>
- Qendra e Botimeve Zyrtare. (2010). Ligji Nr 9634, datë 30.10.2006, “Për Inspektimin e punës”. <https://qbz.gov.al/share/mQn2391wTPGTwUyFMEA5YQ>
- Qendra e Botimeve Zyrtare. (2010). Ligji Nr. 10237, datë 18.02.2010 "Për Sigurinë dhe Shëndetin në Punë" <http://qbz.gov.al/eli/ligji/2010/02/18/10237>
- Rahmawati, T., & Fikri, M. (2019). Health effects of surgical smoke and its associated factors among perioperative healthcare workers in hospital Serdang, Mar 1. *Int J Public Health Clin Sci*, 6(1), 131-147. <https://publichealthmy.org/ejournal/ojs2/index.php/ijphcs/article/view/931>
- Rampal, L. (2010). Needle stick and sharps injuries and factors associated among health care workers in a Malaysian hospital. *European Journal of Social Sciences*, 13(3), 354–

- 362 https://www.researchgate.net/publication/235607171_Needle_Stick_and_Sharp_Injuries_and_Factors_Associated_Among_Health_Care_Workers_in_a_Malaysian_Hospital
 Raosoft Incorporated. (2004). *Sample size calculator*. Retrieved from <http://www.raosoft.com/samplesize.html>
- Rebman, Rachelle (2009). Proceedings of the International Commission on Occupational Health and American College of Occupational and Environmental Medicine 2007 State-of-the-Art Conference Pre-conference Workshop : protecting the health of health care workers : a global perspective, 25 October 2007, Vancouver, British Columbia. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11739/>
- Rezaei, S., Hajizadeh, M., Zandian, H., Fathi, A., & Nouri, B. (2017). Period Prevalence and Reporting Rate of Needlestick Injuries to Nurses in Iran: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research in nursing & health*, 40(4), 311–322. <https://doi.org/10.1002/nur.21801>
- Riccò, M., Ferraro, P., Zaffina, S., Camisa, V., Marchesi, F., Franzoso, F. F., Ligorì, C., Fiacchini, D., Magnavita, N., & Tafuri, S. (2024). Immunity to Varicella Zoster Virus in Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis (2024). *Vaccines*, 12(9), 1021. <https://doi.org/10.3390/vaccines12091021>
- Ripp, J., Peccoralo, L., & Charney, D. (2020). Attending to the Emotional Well-Being of the Health Care Workforce in a New York City health System during the COVID-19 Pandemic. *Academic Medicine*, 95(8), 1136–1139. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003414>
- Rogowska-Szadkowska, D., Stanisławowicz, M., & Chlabicz, S. (2010). Risk of needle stick injuries in health care workers: bad habits (recapping needles) last long. *Przegląd epidemiologiczny*, 64(2), 293–295. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20731240/>
- Roskam, E., & International Labour Organization, Bureau for Workers' Activities. (1996). *Introduction to occupational health and safety* (1st ed.). ILO. https://labordoc.ilo.org/permalink/41ILO_INST/1s2ok2m/alma995035093502676
- Ruggiero, J. S. (2003). Correlates of fatigue in critical care nurses. *Research in Nursing & Health*, 26(6), 434–444. <https://doi.org/10.1002/nur.20012>
- Ruotsalainen, S., Jantunen, S., & Sinervo, T. (2020). Which factors are related to Finnish home care workers' job satisfaction, stress, psychological distress and perceived quality of care? - a mixed method study. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05733-1>
- Saba, E. S., Swisher, A. R., Ansari, G. N., & Rivero, A. (2023). Cardiovascular Risk Factors in Patients With Sudden Sensorineural Hearing Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. *Otolaryngology--head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 168(5), 907–921. <https://doi.org/10.1002/ohn.163>
- Sadoh, W. E., Fawole, A. O., Sadoh, A. E., Oladimeji, A. O., & Sotiloye, O. S. (2006). Practice of universal precautions among healthcare workers. *Journal of the National Medical Association*, 98(5), 722–726. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16749647/>
- Samur, M., Seren Intepeler, S., & Lam, S. C. (2020). Adaptation and validation of the Compliance with Standard Precautions Scale amongst nurses in Turkey. *International journal of nursing practice*, 26(3), e12839. <https://doi.org/10.1111/ijn.12839>
- Sarani, H., Balouchi, A., Masinaeinezhad, N., & Ebrahimitabas, E. (2015). Knowledge, Attitude and Practice of Nurses about Standard Precautions for Hospital-Acquired Infection in Teaching Hospitals Affiliated to Zabol University of Medical Sciences (2014). *Global journal of health science*, 8(3), 193–198. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n3p193>
- Sarkar, U., Fisher, L., & Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*, 29(4), 823–829. <https://doi.org/10.2337/diacare.29.04.06>
- Schwartz, J. R., Khan, A., McCall, W. V., Weintraub, J., & Tiller, J. (2010). Tolerability and efficacy of armodafinil in naïve patients with excessive sleepiness associated with obstructive sleep apnea, shift work disorder, or narcolepsy: a 12-month, open-label, flexible-dose study with an extension period. *Journal of clinical sleep medicine : JCSM : official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 6(5), 450–457. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20957845/>
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (pp. 35–37). Windsor, England: NFER NELSON. https://www.researchgate.net/publication/304930542_Generalized_SelfEfficacy_Scale#fullTextFileContent

Scozzafave, M. C. S., Leal, L. A., Soares, M. I., & Henriques, S. H. (2019). Psychosocial risks related to the nurse in the psychiatric hospital and management strategies. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72(4), 834–840. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0311>

Selfo, D. (2021). *Menaxhimi i mbejeteve spitalore në Vlorë: Ndikimi i rrezeqeve profesionale në shëndetin e infermiereve dhe pacienteve (Në mirëqenie)* [Disertacion]. Universiteti i Mjekësisë, Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Tiranë. <http://umed.edu.al/wp-content/uploads/2021/10/Disertacioni-Denada-Selfo.pdf>

Selvi, K. S., Jayabharathi, B., Minisha, S., & Swratha, K. (2021). Assessment of impact of shift work on health among staff nurses at SRM General Hospital, Kattankulathur. *International Journal of Nursing Education*, 13(1), 81-86. <https://doi.org/10.37506/ijone.v13i1.1344>

Serinken, M., Karcioğlu, O., Kutlu, S. S., Sener, S., & Keysan, M. K. (2009). A survey of needlesticks and sharp instrument injuries in emergency health care in Turkey. *Journal of emergency nursing*, 35(3), 205–210. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2008.02.001>

Shaffer, M. P., & Belsito, D. V. (2000). Allergic contact dermatitis from glutaraldehyde in health-care workers. *Contact dermatitis*, 43(3), 150–156. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0536.2000.043003150.x>

Shiel, W. C., Jr. (2023, July 21). *Fatigue*. MedicineNet. Retrieved from <https://www.medicinenet.com/fatigue/article.htm>

Shokuhi, S.h, Gachkar, L., Alavi-Darazam, I., Yuhanaee, P., & Sajadi, M. (2012). Occupational Exposure to Blood and Body Fluids among Health Care Workers in Teaching Hospitals in Tehran, Iran. *Iranian Red Crescent medical journal*, 14(7), 402–407. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22997555/>

Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., & the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2007). *Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>

Simmons, L., Heitkemper, M., & Shaver, J. (1988). Gastrointestinal function during the menstrual cycle. *Health Care for Women International*, 9(3), 201–209. <https://doi.org/10.1080/07399338809515725>

Sisala Mohammed, I., Abdulai, M. H., Ibrahim, M. M., Buasilenu, H., Baako, I. A., Nyarko, B. A., Wuni, A., & Buunaaisie, C. (2024). Prevalence of Workplace-Related Musculoskeletal Disorders Among Nurses and Midwives in a Tertiary Healthcare Facility: A Descriptive Cross-Sectional Survey. *Nursing open*, 11(11), e70098. <https://doi.org/10.1002/nop2.70098>

Smalley, P. J. (2011). Laser safety: Risks, hazards, and control measures. *Laser therapy*, 20(2), 95–106. <https://doi.org/10.5978/islsm.20.95>

Smith, D.R., & Wang, R.S. (2006). Glutaraldehyde exposure and its occupational impact in the health care environment. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 11, 3–10. <https://doi.org/10.1007/BF02898201>

Smith, R. A., Williams, T. J., & Moore, K. (2022). Laser safety in nursing: Current practices and training gaps. *Nursing Management*, 53(6), 24-30. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000816235.56935.d9>

Sobati, A. & Masoudi, Reza. (2017). Understanding the factors associated with nonreporting of needlestick injuries in nurses at Imam Khomeini Hospital Complex, Tehran 2016: A case study. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*. 10. 651-656. 10.4103/ATMPH.ATMPH_199_17 <https://www.proquest.com/docview/1940889239?sourceopen=Scholarly%20Journals>

Spencer, C. S., & Pennington, K. (2015). Nurses with Undiagnosed Hearing Loss: Implications for Practice. *Online journal of issues in nursing*, 20(1), 6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26824264/>

Steege, L. M., & Dykstra, J. G. (2016). A macroergonomic perspective on fatigue and coping in the hospital nurse work system. *Applied ergonomics*, 54, 19-26 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26851460/>

Stefanati, A., Boschetto, P., Previato, S., Kuhdari, P., De Paris, P., Nardini, M., & Gabutti, G. (2015). Indagine sugli infortuni tra il personale infermieristico e gli studenti del corso di laurea in infermieristica: Analisi epidemiologica descrittiva nel periodo 2002-2012 in un'Azienda Ospedaliero-Universitaria [A survey on injuries among nurses and nursing students: A descriptive epidemiologic analysis between 2002 and 2012 at a University Hospital]. *La Medicina del Lavoro*, 106(3), 216–229. <https://doi.org/10.23749/mdl.v106i3.5020>

Straif, K., Baan, R., Grosse, Y., & WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. (2007). Carcinogenicity of shift-work, painting, and fire-fighting. *The Lancet Oncology*, 8(12), 1065–1066. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(07\)70312-5](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(07)70312-5)

Stroffolini, T., & Stroffolini, G. (2024). Prevalence and Modes of Transmission of Hepatitis C Virus Infection: A Historical Worldwide Review. *Viruses*, 16(7), 1115. <https://doi.org/10.3390/v16071115>

- Supapvanich, C., Povey, A. C., & de Vocht, F. (2013). Respiratory and dermal symptoms in Thai nurses using latex products. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 63(6), 425–428. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt068>
- Supapvanich, C., Povey, A. C., & de Vocht, F. (2013). Respiratory and dermal symptoms in Thai nurses using latex products. *Occupational medicine (Oxford, England)*, 63(6), 425–428. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt068>
- Supapvanich, C., Povey, A., Vocht, F. (2014). Latex sensitization and risk factors in female nurses in Thai governmental hospitals. *Int J Occup Med Environ Health.*, 27(1), 93–103. <https://doi.org/10.2478/s13382-014-0230-7>
- Sveinsdóttir, H. (2006). Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 229–237. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00412.x>
- Tang, C., Chen, X., Gong, G., Guan, C., & Liu, C. (2022). Self-reported work-related accumulative fatigue of nurses: A cross-sectional study in public hospitals in China. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1019092>
- Tejada-Pérez, J. J., Herrera-Burgos, M. R., Parrón-Carreño, T., & Alarcón-Rodríguez, R. (2022). Biohazard Accidents, Harmful Elements to the Wellness of Healthcare Workers, and Their Risk Factors. *International journal of environmental research and public health*, 19(20), 13214. <https://doi.org/10.3390/ijerph192013214>
- Tinubu, B. M., Mbada, C. E., Oyeyemi, A. L., & Fabunmi, A. A. (2010). Work-related musculoskeletal disorders among nurses in Ibadan, South-west Nigeria: a cross-sectional survey. *BMC musculoskeletal disorders*, 11, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-11-12>
- Tomita, R. (2024). The relationship between general self-efficacy and nursing practice competence for second-year nurses: Empirical quantitative research. *Nursing Open*, 11(7). <https://doi.org/10.1002/nop2.2233>
- U.S. Public Health Service. (2001). Updated U.S. Public Health Service guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR Recommendations and Reports*, 50(RR-11), 1–52. [PubMed]. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/20711>
- Ulutaşdemir, N., Balsak, H., Berhuni, Ö., Özdemir, E., & Ataşalan, E. (2015). The impacts of occupational risks and their effects on work stress levels of health professional (The sample from the Southeast region of Turkey). *Environmental health and preventive medicine*, 20(6), 410–421. <https://doi.org/10.1007/s12199-015-0481-3>
- Vaughn, T. E., McCoy, K. D., Beekmann, S. E., Woolson, R. E., Torner, J. C., & Doebbeling, B. N. (2004). Factors promoting consistent adherence to safe needle precautions among hospital workers. *Infection control and hospital epidemiology*, 25(7), 548–555. <https://doi.org/10.1086/502438>
- Verscheure, E., Creta, M., Vanoirbeek, J., Zakia, M., Abdesselam, T., Lebegge, R., Poels, K., Duca, R. C., & Godderis, L. (2020). Environmental contamination and occupational exposure of Algerian hospital workers. *Frontiers in Public Health*, 8, 374. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00374>
- Vieira, C., Góis, J., Laranjeira, P., Pinho, P., & Norton, P. (2022). Underreporting of work accidents associated with blood-borne risk factors. *La Medicina del lavoro*, 113(3), e2022028. <https://doi.org/10.23749/mdl.v113i3.13257>
- Vindigni, S. M., Lessing, J. N., & Carlbom, D. J. (2017). Hospital resuscitation teams: a review of the risks to the healthcare worker. *Journal of intensive care*, 5, 59. <https://doi.org/10.1186/s40560-017-0253-9>
- Wang, C. C., Prather, K. A., Sznitman, J., Jimenez, J. L., Lakdawala, S. S., Tufekci, Z., & Marr, L. C. (2021). Airborne transmission of respiratory viruses. *Science (New York, N.Y.)*, 373(6558), eabd9149. <https://doi.org/10.1126/science.abd9149>
- Wang, C., Huang, L., Li, J. et al. (2019). Relationship between psychosocial working conditions, stress perception, and needle-stick injury among healthcare workers in Shanghai. *BMC Public Health*, 19(874). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7181-7>
- Wang, T. C., Yu, Y. C., Hsu, A., Lin, J. Y., Tsou, Y. A., Liu, C. S., Chuang, K. J., Pan, W. C., Yang, C. A., Hu, S. L., Ho, C. Y., Chen, T. L., Lin, C. D., Pai, P. Y., & Chang, T. Y. (2024). Impact of occupational noise exposure on the hearing level in hospital staffs: a longitudinal study. *Environmental science and pollution research international*, 31(16), 24129–24138. <https://doi.org/10.1007/s11356-024-32747-7>
- Wang, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-Sectional Studies: Strengths, Weaknesses, and Recommendations. *Chest*, 158(1S), S65–S71. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>

West, K. H., & Cohen, M. L. (1997). Standard precautions--a new approach to reducing infection transmission in the hospital setting. *Journal of intravenous nursing : the official publication of the Intravenous Nurses Society*, 20(6 Suppl), S7–S10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9423396/>

WHO (2020). *Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed*. World Health Organization. <https://www.who.int/infection-prevention>

WHO Regional Office for the Western Pacific. (2006). *Regional strategy on human resources for health 2006–2015* (WPR/RC57/9). World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/138111/1/WPR_RC057_09_HRH_2006_en.pdf

WHO. (1995). *Global strategy on occupational health for all*. Retrieved from http://www.who.int/occupational_health/en/oehstrategy.pdf

Wong, E. L.-Y., Ho, K.-F., Dong, D., Cheung, A. W.-L., Yau, P. S.-Y., Chan, E. Y.-Y., Yeoh, E.-K., Chien, W.-T., Chen, F. Y., Poon, S., Zhang, Q., & Wong, S. Y.-S. (2021). Compliance with Standard Precautions and Its Relationship with Views on Infection Control and Prevention Policy among Healthcare Workers during COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3420. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073420>

Wong, H., Wong, M. C., Wong, S. Y., & Lee, A. (2010). The association between shift duty and abnormal eating behavior among nurses working in a major hospital: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 1021–1027. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.02.002>

Wong, S., Yuen, L. L., Lam, G. K., Kwok, M. O., Siu, C. Y., Li, B. H., Chen, J. H., So, S. Y., Chiu, K. H., & Cheng, V. C. (2025). Confronting needlestick and sharp injuries in healthcare: a decade of struggle and progress in a university teaching hospital. *BMC Health Services Research*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12345-0>

World Health Organization & Burton, J. (2010). *WHO healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/113144>

World Health Organization & International Labour Organization. (2022). *Caring for those who care: Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers*. Geneva: World Health Organization and International Labour Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/351436/9789240040779-eng.pdf>

World Health Organization, & International Labour Organization. (2021). *WHO/ILO joint estimates of the work-related burden of disease and injury, 2000-2016: Global monitoring report*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034945>

World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1987). *Prevention of accidents*. EM/RC34/13. https://applications.emro.who.int/docs/em_rc34_13_en.pdf

World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. (1987). *Prevention of accidents*. EM/RC34/13. https://applications.emro.who.int/docs/em_rc34_13_en.pdf

World Health Organization. (2002). *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42510/WHR_2002.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2002.). *Occupational health: A manual for primary health care workers*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/occupational-health---a-manual-for-primary-health-care-workers>

World Health Organization. (2010). *WHO healthy workplace framework and model: Background and supporting literature and practices*. <https://iris.who.int/handle/10665/113144>

World Health Organization. (2013). *Global Plan of Action on Workers' Health (2008-2017): Baseline for measuring progress*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-PHE-2013-01>

World Health Organization. (2014). *Safe management of wastes from health-care activities*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85349/9789241548564_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2016). *Working for health and growth: Investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf>

World Health Organization. (2018). *Health workers: Health worker occupational health*. WHO. http://www.who.int/occupational_health/topics/hcworkers/en/

World Health Organization. (2018, May 23). *Psycho-social risks and mental health*. <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/psycho-social-risks-mental-health>

- World Health Organization. (2020). *Risk assessment*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/337966/9789240011458-eng.pdf>
- World Health Organization. (2022, June 20). *Standard precautions for the prevention and control of infections:Aide-memoire* (WHO Reference Number: WHO/UHL/IHS/IPC/2022.1). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHL-IHS-IPC-2022.1>
- World Health Organization. (2023, March). *Table 4: Summary of WHO position papers – Immunization of health care workers*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/tables/table_4_feb_2023_english.pdf?sfvrsn=c2ced2f1_12
- World Health Organization. (2023, November 27). **Nursing and midwifery**. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>
- World Health Organization. (2023, November 3). *Occupational health: Health workers*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- World Health Organization. (2024). *Global patient safety report 2024*. World Health Organization <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2024, March 1). *Occupational health: Health workers*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- Wubneh, C. A., Mekonnen, B. D., Alemu, T. G., Techane, M. A., Assimamaw, N. T., Belay, G. M., Tamir, T. T., Muhye, A. B., Kassie, D. G., Wondim, A., Terefe, B., Tarekegn, B. T., Ali, M. S., Fentie, B., Gonete, A. T., Tekeba, B., Kassa, S. F., Desta, B. K., Ayele, A. D., . . . Atalell, K. A. (2024). Knowledge, attitude and practice of healthcare workers on infection prevention and control in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 19(9), e0308348. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308348>
- Yang, Y., Zhang, E., Zhang, J., Chen, S., Yu, G., Liu, X., Peng, C., Lavin, M. F., Du, Z., & Shao, H. (2018). Relationship between occupational noise exposure and the risk factors of cardiovascular disease in China. *Medicine*, 97(30), e11720. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000011720>
- Yao, X., Yu, L., Shen, Y., Kang, Z., & Wang, X. (2021). The role of self-efficacy in mediating between professional identity and self-reported competence among nursing students in the internship period: A quantitative study. *Nurse Education in Practice*, 57, 103252. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103252>
- Yasobant, S., & Rajkumar, P. (2014). Work-related musculoskeletal disorders among health care professionals: A cross-sectional assessment of risk factors in a tertiary hospital, India. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 18(2), 75–81. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.146896>
- Yu, M., Tong, H., Li, S., Wu, X. V., Hong, J., & Wang, W. (2021). Clinical competence and its association with self-efficacy and clinical learning environments among Chinese undergraduate nursing students. *Nurse Education in Practice*, 53, 103055. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103055>
- Zeb, S., & Ali, T. S. (2021). Factors associated with the compliance of standard precaution; review article. *JPMMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 71(2(B)), 713–717. <https://doi.org/10.47391/JPMMA.416>
- Zerbini, G., Ebigo, A., Reicherts, P., Kunz, M., & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 – a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals)*. <https://doi.org/10.3205/000281>
- Zhang, H., Liu, Z., Liu, J., Feng, Y., Zou, D., Zhao, J., Wang, C., Wang, N., Liu, X., Wu, L., Liu, Z., Liang, L., & Liu, J. (2023). Factors influencing nurse fatigue during COVID-19: regression vs. fuzzy-set qualitative comparative analysis. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1184702>
- Zhang, L., Li, Q., Guan, L. *et al*. Prevalence and influence factors of occupational exposure to blood and body fluids in registered Chinese nurses: a national cross-sectional study. *BMC Nurs* 21, 298 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01090-y>
- Zhang, Y., et al. (2020). Effect of saliva fluid properties on pathogen transmissibility. *Journal of Fluid Mechanics*, 903, A30. <https://doi.org/10.1017/jfm.2020.560>
- Zine, A., & Fritsch, B. (2023). Early Steps towards Hearing: Placodes and Sensory Development. *International journal of molecular sciences*, 24(8), 6994. <https://doi.org/10.3390/ijms24086994>
- Zubairi, A. J., & Noordin, S. (2016). Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Annals of medicine and surgery* (2012), 6, 60–63. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2016.01.090>
- Zuo, K., Wu, Z., Zhao, C., & Liu, H. (2023). Risk and countermeasure of laboratory-acquired infection based on pathogen transmission routes. *Biosafety and health*, 5(3), 133–137. <https://doi.org/10.1016/j.bsheal.2023.04.006>

SHTOJCAT

Shtojca 1

Formulari i raportimi të incidenteve spitalore në QSRXHK, Elbasan

Udhëzuesi Nr. _____

Dt: _____

Përgatitur / Miratuar: _____

A. Udhëzim:

Ky formular raportimi i incidenteve spitalore duhet plotësuar për çdo ngjarje e cila konsiderohet si "jo e zakonshme" për një pacient, anëtar të stafit, apo vizitor. Formulari duhet të plotësohet dhe të firmoset nga personi përgjegjës i shërbimit ku ka ndodhur incidenti. Ky formular duhet ti dërgohet Drejtorit të Spitalit sa më më shpejt të jetë e mundur.

B. Raport Incidenti

Data:

Koha:

Incident mjekësor:

Jo mjekësor

Kujt i ka ndodhur incidenti:

- a. Pacient i shtruar
- b. Ambulator
- c. Vizitorë
- d. Personel

Kush e raporton incidentin:

Emër

Mbiemër

- a. Mjek
- b. Mami
- c. Tjetër

Vendi i incidentit

Çfar e shkaktoi, çfar u bë shkak për incidentin:

Dëmtimi i shkaktuar (nëse ka ndodhur):

Komente të tjera:

Masat e mara pas incidentit:

Përgjegjësi i shërbimit/mjek roje/apo kryemaminë në momentin që ka ndodhur:

Incidenti klasifikohet si (rrumbullakos numrin përkatës):

- a. Pa risk
- b. Me risk të ulët
- c. Rrezik mesatar
- d. Rrezik të lartë
- e. Rrezik Ekstrem

Firma e raportuesit

Firma e personit përgjegjës

Shtojca 2

Formulari i raportimit të ngjarjeve të padëshëruara

Për t'u plotësuar nga përdoruesi	A pajisja pajisja, emri: marka: modeli: Numri i serisë: (Furnizuesi): Numri i inventarit: Pronari (klinika):				
	B VENDI I NGJARJES Spitali: Klinika: Departamenti: Dhoma:				
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">C KOHA E NDODHJES</td> <td style="width: 50%; border: none;">KOHA E ZBULIMIT</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">200 - - Ora:</td> <td style="border: none;">200 - - Ora:</td> </tr> </table>	C KOHA E NDODHJES	KOHA E ZBULIMIT	200 - - Ora:	200 - - Ora:
	C KOHA E NDODHJES	KOHA E ZBULIMIT			
	200 - - Ora:	200 - - Ora:			
D Parametrat e Elementë të kontrollit, çelësa, instrumenta, etj. (parametrat e pajisjes mjekësore nuk duhet të ndryshohen deri sa të përfundojë hetimi nga ing. klinik përgjegjës, përjashtohen rastet kur pajisja mjekësore kërkohet domosdoshmërisht për arësye mjekësore)					
E PËRSHKRIMI I NGJARJES (DEFEKT, INCIDENT, AKSIDENT)					

F DOKUMENTACIONI			
Ishte i pranishëm udhëzuesi i përdorimit?		☐ YES	☐ NO
Udhëzuesi i përdorimit ishte lexuar dhe kuptuar?		☐ YES	☐ NO
Stafi ishte i trainuar sa dhe siç duhet?		☐ YES	☐ NO
G PASOJAT:			
G1 PËRSHKRIMI I DËMTIMIT TË PACIENTIT			
G2 PËRSHKRIMI I DËMTIMIT TË PERSONELIT			
G3 TË TJERA			
H PERSONELI I PËRFSHIRË (Do të jetë anonim në raportin vijues)			
a) Mjeku			
Emri:	Pozicioni:	Shërbimi:	Tel:
Përgjegjësia/Detyra në ngjarje:			
b) Infermjeri			
Emri:	Pozicioni	Shërbimi.:	Tel:
Përgjegjësia/Detyra në ngjarje:			
c) Personi tjetër i pranishëm ose personi i kontaktit:			
Emri:	Pozicioni	Shërbimi.:	Tel:
I RAPORTUESI			
Spitali:			
Emri:	Pozicioni	Shërbimi.:	Tel:
Data e raportimit 200	-	-	

J NUMRI I IDENTIFIKIMIT TË SPITALIT		
K KOMENTE SHITESË		
L REKOMANDIME PËR PËRMIRËSIM DHE PARANDALIMIN E NGJARJEVE TË TILLA		
M HETIMI PARAPRAK		
Një hetim i shkakut të ngjarjes është bërë dhe raportuar në një dokument të veçantë:		
	Yes	No
N Domosdoshmëria për rikthimin në punë të pajisjes		
Është i rëndësishëm riparimi i pajisjes dhe kthimi i saj menjëherë për përdorim. (pajisja duhet të ruhet në një vend të sigurtë me qëllim që të lehtësohet hetimi në të ardhmen):		
	Yes	No
O VIGJILENCA		
Prodhuesi informohet rreth ngjarjes:		
	Yes	No
P RAPORTUESI NGA DREJTORIA E SPITALIT		
Spitali:		
Emri:	Pozicioni	Tel:
Data e raportimit 200 - -		
Q KY RAPORT DUHET T'I DERGOHET NJËSISË SË STANDARDIZIMIT DHE MENAXHIMIT		
ADRESA:	Ministria e Shëndetësisë	E-MAIL;
	Rruga	TEL :
		FAX:

Shtojca 3

Formulari i raportimi në rast dhune (OSHA)

Violence Incident Report Forms

Sample 1

The following items serve merely as an example of what might be used or modified by employers in these industries to help prevent workplace violence. (Sample/Draft—Adapt to your own location and business circumstances.)

Confidential Incident Report

To: _____ Date of Incident: _____

Location of Incident (Map/sketch on reverse side or attached): _____

From: _____ Phone: _____ Time of Incident: _____

Nature of the Incident ("X" all applicable boxes):

☐ Assaults or Violent Acts: _____ Type "1" _____ Type "2" _____ Type "3" _____ Other _____

☐ Preventative or Warning Report

☐ Bomb or Terrorist Type Threat ☐ Yes ☐ No

☐ Transportation Accident ☐ Contacts with Objects or Equipment

☐ Falls ☐ Exposures ☐ Fires or Explosions ☐ Other _____

Legal Counsel Advised of Incident? ☐ Yes ☐ No EAP Advised? ☐ Yes ☐ No

Warning or Preventative Measures? ☐ Yes ☐ No

Number of Persons Affected: _____

(For each person, complete a report; however, to the extent facts are duplicative, any person's report may incorporate another person's report.)

Name of Affected Person(s): _____ Service Date: _____

Position: _____ Member of Labor Organization? ☐ Yes ☐ No

Supervisor: _____ Has Supervisor Been Notified? ☐ Yes ☐ No

Family: _____ Has Been Notified by: _____? ☐ Yes ☐ No

Lost Work Time? ☐ Yes ☐ No Anticipated Return to Work: _____

Third parties or non-employee involvement (include contractor and lease employees, visitors, vendors, customers)? ☐ Yes ☐ No

Nature of the Incident

Briefly describe: (1) event(s); (2) witnesses with addresses and status included; (3) location details; (4) equipment/weapon details; (5) weather; (6) other records of the incident (e.g., police report, recordings, videos); (7) the ability to observe and reliability of witnesses; (8) were the parties possibly impaired because of illness, injury, drugs or alcohol? (were tests taken to verify same?); (9) parties notified internally (employee relations, medical, legal, operations, etc.) and externally (police, fire, ambulance, EAP, family, etc.).

Previous or Related Incidents of This Type? ☐ Yes ☐ No

Or by This Person? ☐ Yes ☐ No Preventative Steps? ☐ Yes ☐ No

OSHA Log or Other OSHA Action Required? ☐ Yes ☐ No

Incident Response Team: _____

Team Leader: _____

Shtojca 4

Pyetësori 1

SEKSIONI A	INFORMACION I PËRGJITHSHËM
1.	Gjinia: ☐ Femër ☐ Mashkull
2.	Mosha: ☐ nën 30 vjec ☐ 31-40 ☐ mbi 40
3.	Pozicioni i punës: ☐ Kryeinfermiere ☐ Infermier/e Mami ☐ Infermier/e Përgjithshme
4.	Reparti ku punoni: ☐ Infektiv ☐ Obsetrikë-Gjinekologji ☐ ORL ☐ Ortopedi-Traumatologji ☐ Patologji ☐ Reanimacion ☐ Kirurgji ☐ Urgjencë ☐ Sallë Operatore ☐ Neurologji ☐ Pediatri ☐ Kardiologji ☐ Dializë ☐ Tjetër <u>(ju lutemi specifikoni):</u> _____
5.	Statusi martesor: ☐ Beqar/e ☐ I/e martuar ☐ I/e ve ☐ I/e divorcuar
6.	Niveli arsimor: ☐ Bachelor "Mami" ☐ Bachelor "Infermieri e Përgjithshme" ☐ Master Profesional ☐ Master Shkencor ☐ Doktoraturë
7.	Ekspërjencia në punë: ☐ 1-5 vjet ☐ 6-10 vjet ☐ 11-15 vjet ☐ mbi 16 vjet
8.	Turnet e punës: ☐ vetëm paradite

☐ vetëm mbasdite

☐ vetëm natën

☐ me tre turne

9. A keni pësuar lëndim nga mjetet e mprehta të kontaminuara në 6 muajt e fundit?

☐ Po (përcaktoni numrin e lëndimeve)

☐ Jo

10. A ju ka ndodhur që lëkura ose mukoza juaj e dëmtuar të ekspozohet ndaj gjakut, lëngjeve trupore, ekskrementeve të pacientit në 6 muajt e fundit?

☐ Po (përcaktoni numrin e ekspozimeve)

☐ Jo

11. A e keni raportuar kur keni pësuar lëndime nga mbetjet e mprehta ose kur lëkura e dëmtuar dhe mukoza juaj janë ekspozuar ndaj gjakut, lëngjeve trupore, ekskrementeve të pacientit?

(Nëse nuk keni pësuar asnjë lëndim ose ekspozim, kaloni në pyetjen 13)

☐ I raportoj gjithmonë

☐ I raportoj shumicën e rasteve

☐ I raportoj ndonjëherë

☐ I raportoj rrallë

☐ Nuk i raportoj asnjëherë

12. Nëse nuk i raportoni asnjëherë, arsyeja është:

☐ Nuk e konsideroj të nevojshme

☐ Kam frikë për ndikimin që do të ketë në punë ose lidhur me vlerësimin e performancës

☐ Nuk ka një repart të veçantë për menaxhimin e kontaminimeve në spital

☐ Nuk kam qënë në dijeni për lëndimin

☐ Arsye tjetër (specifikoni)

13. A keni realizuar ndonjë trajnim për informimin lidhur me Masat Paraprake Standarde?

☐ Po (përcaktoni mënyrën e trajnimit)

☐ Jo

14. A keni dëshirë të merni pjesë në një trajnim për njohuritë lidhur me Masat Paraprake Standarde?

☐ Po

☐ Jo

15. A keni kontenitor për mbetjet e mprehta në repartin tuaj?

☐ Po

☐ Jo

16. A jeni vaksinuar kundër HBV?

☐ Po

☐ Jo

17. Nivelet e anti-HBs në serum tuaj janë:

☐ Pozitive

☐ Negative

☐ Nuk e di

18. Nëse nuk i keni veshur dorezat e nevojshme për operacion, arsyeja kryesore është:

☐ Nuk janë të lehta në përdorim

☐ Nuk ka kohë për ti përdorur

☐ Të papërshtatshme për kryerjen e operacionit

☐ Të parehatshme

☐ Frikë nga ankesat e pacientit

☐ Tjetër (ju lutemi specifikoni): _____

SEKSIONI B VLERËSIMI I NJOHURIVE LIDHUR ME MASAT PARAPRAKE STANDARDE

1. A e dini se cfarë janë masat paraprake standarde?
 - a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
2. Masat paraprake standarde aplikohen vetëm në pacientë të diagnostikuar me infeksion ose që janë në periudhën latente të infeksionit:
 - a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
3. Izolimi i pacientëve me infeksione që transmetohen nëpërmjet gjakut është i domosdoshëm.
 - a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
4. A vendoset kapuçi ages pas injeksionit?
 - a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
5. Për dekontaminimin e paisjeve si psh (manometër që ka kontakt kutan), a mjafton vetëm larja me detergjent të zakonshëm?
 - a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
6. Spërkatat e gjakut duhet të pastrohen menjëherë me sodium hydroxide(NaOH).
 - a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
7. Vendosja e përparses dhe dorezave janë masat mbrojtëse të duhura kur realizohen ndërhyrje që mund të shkaktojnë spërkatje të gjakut, të sekrecioneve trupore ose ekskrementeve:
 - a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
8. Qëllimi kryesor i aplikimit të masave paraprake standarde është mbrojtja e personelit mjekësor.
 - a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
9. Larja dhe dezinfektimi i duarve duhet të realizohet menjëherë pas kontaktit me gjakun, lëngun e trupit, sekrecionet, ekskrementet ose substancat e ndotura.
 - a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
10. Larja e duarve duhet të aplikohet nëse keni kontakt me pacientë të ndryshëm.
 - a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
11. Meqenëse dorezat mund të parandalojnë kontaminimin e duarve, nuk është e nevojshme larja e duarve pas heqjes së tyre.
 - a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di

12. Duhet të shmanget kontakti i mjeteve mbrojtëse të kontaminuara nga mjetet e tjera, veshjet ose personeli jashtë repartit.
- a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
13. Nuk lejohet shkëmbimi mjeteve personale si doreza, maska, etj midis stafit mjekësor.
- a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
14. Dorezat nuk duhet të vendosen në ndërhyrjet infermierore të kavitetit oral, sepse mund të kenë kontakt me mukozën e pacientit.
- a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
15. Dorezat duhet të vendosen në procedurat e marrjes së gjakut, punkcionit venoz, etj.
- a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
16. Dorezat duhet të vendosen në ndërhyrjet që kanë rrezik për kontakt me sekrecionet dhe ekskrementet e pacientit:
- a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
17. Dorezat duhet të ndërrohen nëse keni kontakt me pacientë të ndryshëm.
- a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
18. Përdorimi i maskës si masë paraprake standarte mjafton në rastet e ndërhyrjeve që shkaktojnë kontaktin me spërkalat e gjakut, me sekrecionet ose ekskrementet.
- a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
19. Në kujdesin për pacientët me HCV ose sifiliz nevojitet vetëm përdorimi masave paraprake mbrojtëse.
- a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di
20. Në kujdesin për pacientët me infeksion intestinal ose infeksion të lëkurës duhet të aplikohen masat paraprake standarde të kombinuara me masat parandaluese për sëmundjet që transmetohen nga kontakti.
- a. Po
 - b. Jo
 - c. Nuk e di

SEKSIONI C VLERËSIMI I ZBATIMIT TË MASAVE PARAPRAKE STANDARDE

- 1. I laj duart në kontaktet midis pacientëve.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 2. Përdor vetëm ujë për larjen e duarve.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 3. I dezinfektoj duart vetëm me alkool nëse nuk janë në dukje të ndotura.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 4. I vendos kapuçin ageve të përdorura pas çdo injeksioni.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 5. Vendos mbetjet e mprehta në kontenitorët e mjeteve të mprehta.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 6. Kontenitori i mbetjeve të mprehta asgjësohet vetëm kur është plot.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 7. I heq Pajisjet Mbrojtëse Personale (PPE) në një zonë të caktuar.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 8. Bëj dush në rasin e një spërkatjeje të madhe edhe pse kam vendosur Pajisjet Mbrojtëse Personale.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 9. I mbuloj plagët ose lezionet e mia me veshje të papërshkueshme nga uji përpara kontaktit me pacientin.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 10. Vendos doreza kur ekspozohem ndaj lëngjeve të trupit, produkteve të gjakut dhe çdo sekrecioni të pacientëve.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë

- d. Gjithmonë
- 11. I ndërroj dorezat pas kontaktit me çdo pacient.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 12. I dekontaminoj duart menjëherë pas heqjes së dorezave.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 13. Vendos vetëm maskë kirurgjikale ose në kombinim me syzet, mbrojtësen për fytyrën dhe përparëse sa herë që ka rrezik për spërkatje ose shpërthim.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 14. Goja dhe hunda ime janë të mbuluara kur mbaj maskë.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 15. Ripërdor një maskë kirurgjikale ose pajisje mbrojtëse personale të disponueshme (PPE).**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 16. Përdor një veshje ose përparëse kur ekspozohem ndaj gjakut, lëngjeve të trupit ose çdo ekskrementi të pacientit.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 17. Mbetjet e kontaminuara me gjak, lëngje trupore, sekrecione dhe ekskreme vendosen në qese plastike të kuqe, pavarësisht nga statusi i infeksionit të pacientit.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 18. I dekontaminoj sipërfaqet dhe pajisjet pas përdorimit.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 19. Vesh doreza gjatë dekontaminimit të pajisjeve të përdorura me ndotje të dukshme.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë
- 20. Unë i pastroj njollat e gjakut ose lëngjeve të tjera trupore menjëherë me dezinfektues.**
 - a. Asnjëherë
 - b. Rrallë
 - c. Ndonjëherë
 - d. Gjithmonë

SEKSIONI D SHKALLA E PËRGJITHSHME E VETË-EFIKASITETIT

- 1. Unë gjithmonë i zgjidh problemet e vështira, nëse përpiqem mjaftueshëm.**
 - a. Absolutisht e pasaktë
 - b. Pjesërisht e saktë
 - c. Pothuajse e saktë
 - d. Absolutisht e saktë
- 2. Edhe nëse dikush më kundërshton, unë i gjej mënyrat për të marrë gjërat që dua.**
 - a. Absolutisht e pasaktë
 - b. Pjesërisht e saktë
 - c. Pothuajse e saktë
 - d. Absolutisht e saktë
- 3. Është e lehtë për mua t'ia arrij qëllimit dhe të përmbush objektivat e mia.**
 - a. Absolutisht e pasaktë
 - b. Pjesërisht e saktë
 - c. Pothuajse e saktë
 - d. Absolutisht e saktë
- 4. Jam i sigurt që mund të përballoj në mënyrë efikase, çdo situatë të paparashikueshme.**
 - a. Absolutisht e pasaktë
 - b. Pjesërisht e saktë
 - c. Pothuajse e saktë
 - d. Absolutisht e saktë
- 5. Falë aftësive të mia, unë mund të menaxhoj situata të papritura.**
 - a. Absolutisht e pasaktë
 - b. Pjesërisht e saktë
 - c. Pothuajse e saktë
 - d. Absolutisht e saktë
- 6. Unë mund ti zgjidh shumicën e problemeve, nëse përpiqem mjaftueshëm.**
 - a. Absolutisht e pasaktë
 - b. Pjesërisht e saktë
 - c. Pothuajse e saktë
 - d. Absolutisht e saktë
- 7. Unë mund ti përballoj vështirësitë me qetësi, falë aftësive të mia.**
 - a. Absolutisht e pasaktë
 - b. Pjesërisht e saktë
 - c. Pothuajse e saktë
 - d. Absolutisht e saktë
- 8. Kur gjendem përballë një problemi, unë jam e aftë të gjej disa zgjidhje.**
 - a. Absolutisht e pasaktë
 - b. Pjesërisht e saktë
 - c. Pothuajse e saktë
 - d. Absolutisht e saktë
- 9. Nëse jam në një situatë problematike, unë gjithmonë gjej një zgjidhje.**
 - a. Absolutisht e pasaktë
 - b. Pjesërisht e saktë
 - c. Pothuajse e saktë
 - d. Absolutisht e saktë
- 10. Pavarësisht situatës që mund të ndodh, unë zakonisht jam i aftë për ta përballuar.**
 - e. Absolutisht e pasaktë
 - f. Pjesërisht e saktë
 - g. Pothuajse e saktë
 - h. Absolutisht e saktë

Shtojca 5

Pyetësori 2

SEKSIONI A		TË DHËNAT SOCIAL – DEMOGRAFIKE	
1. Gjinia: ☐ Femër ☐ Mashkull 2. Moshë: ☐ nën 30 vjet ☐ 31-40 ☐ mbi 40 3. Pozicioni i punës: _____ 4. Reparti ku punoni: _____ 5. Statusi martesor: ☐ Beqar/e ☐ I/e martuar 6. Niveli arsimor: ☐ I Mesëm ☐ I Lartë ☐ Master 7. Eksperienca në punë: ☐ 1-5 vjet ☐ 6-10 vjet	☐ 11-15 vjet ☐ mbi 16 vjet 8. Turnet e punës: ☐ vetëm paradite ☐ vetëm mbasdite ☐ vetëm natën ☐ me tre turne 9. Orët e punës/ditë: ☐ 6-8 orë ☐ 9-16 orë ☐ 17-24 orë		
SEKSIONI B		RREZIQET NË PUNË	
Ekspozimi ndaj rrezikut fizik dhe ergonomik 38. A jeni ekspozuar ndaj rrezikut fizik? ☐ Po ☐ Jo 39. Nëse po, përcaktoni ndaj cilës formë jeni ekspozuar: a. Zhurmave të larta ☐ Po ☐ Jo b. Rrezatimit Jonizues (rrezet X) ☐ Po ☐ Jo c. Ndricimit jo të mirë ☐ Po ☐ Jo 40. A jeni ekspozuar ndaj rrezikut ergonomik? ☐ Po ☐ Jo 41. Nëse po, përcaktoni ndaj cilës formë jeni ekspozuar: a. Posturave të tejzgjatura ☐ Po ☐ Jo b. Manipulimit me ngarkesat e rënda (>12kg) ☐ Po ☐ Jo c. Pozicioneve që shkaktojnë dhimbje muskulare ☐ Po ☐ Jo 42. Specifikoni llojin e dëmtimit : <i>Mund të qarkoni më shumë se një opsion</i> a. Çrregullime të gjumit b. Dhimbje të këmbëve c. Dhimbje trupi d. Dhimbje krahu dh. Dhimbje muskulo-skeletike e. Dhimbje shpine f. Ndryshime në oreks g. Çrregullime digjестive h. Çrregullime dëgjimore i. Çrregullime në shikim j. Çrregullime respiratore k. Çrregullime cirkulatore	Ekspozimi ndaj rrezikut kimik 43. A jeni ekspozuar ndaj rrezikut kimik? ☐ Po ☐ Jo 44. Nëse po, specifikoni llojin e dëmtimit: <i>Mund të qarkoni më shumë se një opsion</i> a. Irritim të syve, hundës dhe fytit si pasojë e kontaktit me avujt e aerosolit ose lëndë kimike. b. Helmim kronik për shkak të ekspozimit afatgjatë me medikamentet/preparate farmaceutike c. Alergji nga lateksi për shkak të kontaktit me dorezat ose paisje të tjera mjekësore që përmbajnë lateks. d. Acarim i lëkurës dhe dermatit si pasojë e përdorimit të zgjatur të dezinfektantëve, sterilizuesve etj.		

Ekspozimi ndaj rrezikut psiko-social	Ekspozimi ndaj rrezikut biologjik
45. A jeni ekspozuar ndaj rrezikut psikosocial? ☐ Po ☐ Jo 46. Nëse po, specifikoni llojin e dëmtimit : <i>Mund të qarkoni më shumë se një opsion</i> ☐ Trishtim ☐ Humbje vetëbesimit ☐ Ndjenja e boshllëkut ☐ Imazhi negativ për veten ☐ Vështirësi në mardhëniet familjare ☐ Vështirësi në jetën sociale ☐ Mosinteresimi ndaj të tjerëve ☐ Agresivitet i pakontrolluar	47. A jeni ekspozuar ndaj rrezikut biologjik? ☐ Po ☐ Jo 48. Nëse po, specifikoni tipin e ekspozimit që shkaktoj aksidentin? ☐ Shpime ☐ Prerje të lëkurës ☐ Kontakti me membranat mukoze ☐ Kontakti me lëkurën 49. Sa herë keni pësuar aksidente me rrezik biologjik gjatë 5 muajve të fundit? ☐ 1 herë ☐ 2-4 herë ☐ 4-6 herë ☐ mbi 6 herë
50. Me cilin likid trupor të të sëmurit keni patur kontakt aksidentalisht? <i>Mund të shënoni më shumë se një opsion</i> ☐ Pështymë ☐ Gjak ☐ Urinë ☐ Të vjella ☐ Të tjera, cilësoje 51. Në rastin e kontaktit, specifikoni llojin e dëmtimit: ☐ Infeksionet si HIV dhe hepatiti infektiv si rezultat i kontaktit me gjakun dhe lëngjet trupore të pacientit ☐ Marja e një infeksioni spitalor si pasojë e shpimit nga gjilpëra ☐ Rritja e rrezikut për një abort spontan 52. Pasi ndodhi aksidenti, a e njoftove kryeinfermierin/shefin e shërbimit? ☐ Po ☐ Jo 53. A e lave menjëherë zonën e kontaktit? ☐ Po ☐ Jo 54. A i more/i pe të dhënat e pacientit? ☐ Po ☐ Jo 55. A ju nënshtruat trajtimin me antiretroviralë? ☐ Po ☐ Jo 56. A i kryet provat laboratorike për të zbuluar Hepatitin? ☐ Po ☐ Jo 57. A i kryet provat laboratorike për të zbuluar HIV-in? ☐ Po ☐ Jo	
SEKSIONI C SËMUNDJE TË DIAGNOSTIKUARA GJATË AKTIVITETIT SPITALOR	
58. A jeni prekur nga ndonjë sëmundje për shkak të punës tuaj? ☐ Po ☐ Jo ☐ Nuk e di 59. Nëse po, shënoni cilat prej tyre : ☐ Probleme të sistemit tretës ☐ Probleme të sistemit respirator ☐ Infeksione urinare ☐ Probleme të sistemit nervor ☐ Probleme të lëkurës ☐ Probleme kardiovaskulare ☐ Çrregullime të gjumit ☐ Stres ☐ HIV ☐ Hepatit A ☐ Hepatit B ☐ Hepatit C ☐ TBC ☐ Gripi ☐ Të tjera, specifiko _____ ☐ Asnjë	

Shtojca 6

Leja e pyetësorit General Self-Efficacy Scale



Freie Universität Berlin, Gesundheitspsychologie (PF 10),
Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Germany

Fachbereich Erziehungs-
wissenschaft und Psychologie
- Gesundheitspsychologie -

Professor Dr. Ralf Schwarzer
Habelschwerdter Allee 45
14195 Berlin, Germany

Fax +49 30 838 55634
health@zedat.fu-berlin.de
www.fu-berlin.de/gesund

Permission granted

to use the General Self-Efficacy Scale for non-commercial research and development purposes. The scale may be shortened and/or modified to meet the particular requirements of the research context.

<http://userpage.fu-berlin.de/~health/selfscal.htm>

You may print an unlimited number of copies on paper for distribution to research participants. Or the scale may be used in online survey research if the user group is limited to certified users who enter the website with a password.

There is no permission to publish the scale in the Internet, or to print it in publications (except 1 sample item).

The source needs to be cited, the URL mentioned above as well as the book publication:

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp.35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON.

Professor Dr. Ralf Schwarzer
www.ralfschwarzer.de