



**UNIVERSITETI “ISMAIL QEMALI”VLORË
FAKULTETI I SHËNDETIT PUBLIK
DEPARTAMENTI I INFERMIERISË**

Temë diplome për

Master Shkencor në Shkenca Infermierore

Viti 2020

**TEMA: “VETËMENAXHIMI I DIABETITI TIPI 2, IMPLIKIME
INFERMIERORE”.**

DIPLOMANTI:

Vjolanda ISLAMAJ

UDHËHEQËS SHKENCOR

Dr. Fatjona KAMBERI

VLORË, SHTATOR 2020

DEKLARATË

Deklaroj se teza e titulluar “**VETËMENAXHIMI I DIABETIT TIPI 2, IMPLIKIME INFERMIERORE**” është puna ime origjinale dhe të gjitha të ardhurat e përdorura për realizimin e kësaj teze janë kontributi im personal.

FIRMA:

DATE: ___/___/2020

Vjolanda Islamaj

Përmbajtje

1. Shkurtime	3
2. Lista e tabelave	4
3. Lista e grafikëve	7
4. Abstrakt	8
5. Pjesa teorike	9
5.1 Hyrje.....	9
5.2 Çfarë është Diabeti Melitus tip 2.....	10
5.3 Cilët janë më të riskuar për të zhvilluar Diabetin tip 2.....	12
5.4 Epidemiologjia e Diabetit tipi 2.....	13
5.5 Komplikacionet e Diabetit Melitus tipi 2.....	15
5.6 Trajtimi i Diabetit Melitus tipi 2.....	19
5.7 Roli infermieror në vetëdukimin e pacientit.....	25
5.8 Vetmenaxhimi i Diabetit nga pacienti.....	27
6. Pjesa studimore	29
6.1 Qëllimi dhe Objektivat.....	29
6.2 Metodologjia.....	29
6.3 Instrumenti i matjes së të dhënave.....	30
6.4 Analiza statistikore.....	30
6.5 Konsiderata etike.....	30
6.6 Përkufizime konceptuale.....	31
7. Rezultatet	32
8. Diskutimi	56
9. Konkluzione	58
10. Rekomandime	59
11. Referenca	60
12 Aneks	67

1. SHKURTIME

HBA1c	-Hemoglobina e glukozuar
IGT	-Tolerancë e dëmtuar e glukozës
DM 2	-Diabet Melitus tipi 2
DM	-Diabet Melitus
ËESDR	- Studimi Epidemiologjik i Ëisconsin i Retinopatisë Diabetike
NHANES III	-Sondazhi i Tretë Kombëtar i Shëndetit dhe Ekzaminimit të Ushqimit
SAS	- Sindromi i Apnesë së Gjumit
RDI	- Indeks i shqetesimit në frymëmarrje
AHI	- Apne/hipopne
SC	- Subcutane
OHA	- Antihyperglicemikë të administruar nga goja
DPP4	- Dipeptidil-peptidaza 4
SGLT2	-Frenuesit e transportuesit të natriumit-glukozës-2
GLP-1	-Inkrertin mimetik, receptor agonist
NPH	-Insulina izofan
MD	-Dieta mesdhetare
MNT	-Terapia mjekësore ushqimore
PA	-Aktivitet fizik
RDN	-Dietologët e regjistruar dietolog
CVD	- Sëmundjet kardiovaskulare
DSN	- Infermierët specialist të diabetit
QOL	- Cilësia e jetës
BMI	- Indeksi i masës trupore
TV	- Televizion

2. LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Karakteristika të moshës.....	32
Tabela 2. Karakteristika të gjinisë.....	32
Tabela 3. Karakteristika të punësimit.....	32
Tabela 4. Mjekimi i përdorur për diabetin.....	33
Tabela 5. Kohëzgjatja e mjekimit të përdorur.....	33
Tabela 6. Prania e sëmundjeve shoqëruese.....	33
Tabela 7. Respektimi i mjekimit.....	34
Tabela 8. A ka ndihmuar kutia e medikamenteve si kujtesë për mjekimet.....	34
Tabela 9. Sa shpesh e monitoroni glukozën.....	35
Tabela 10. Sa e kani HBA1c.....	35
Tabela 11. Reduktimi i sheqerit në dietën ushqimore.....	35
Tabela 12. Përdorimi i zëvendësuesve në dietë.....	36
Tabela 13. Përdorimi i sjelljeve devijuese nga dieta.....	36
Tabela 14. Përdorimi i pijeve me përmbajtje sheqeri.....	36
Tabela 15. Përdorimi i pijeve dietike.....	37
Tabela 16. Reduktimi i ushqimeve me përmbajtje amidoni.....	37
Tabela 17. Rritje e konsumit të frutave dhe perimeve.....	37
Tabela 18. Përdorimi i ushqimeve pa përmbajtje niseshteje.....	38
Tabela 19. Përdorimi i frutave si një vakt i lehtë.....	38
Tabela 20. Përgatitja e ushqimeve pa yndyrë.....	38
Tabela 21. Reduktimi i yndyrës në dietë.....	39
Tabela 22. A gatvani mish me përmbajtje të ulët yndyre.....	39

Tabela 23. A e keni reduktuar alkoolin.....	40
Tabela 24. A e keni reduktuar kripën.....	40
Tabela 25. A e kontrolloni sasinë e kalorive që merrni.....	40
Tabela 26. A përdorni strategji kur hani jashtë.....	41
Tabela 27. Përdorimi i një orari në ushqyerje.....	41
Tabela 28. Përdorimi i një diete të përshtatur për diabetin.....	41
Tabela 29. Paaftësit fizike.....	42
Tabela 30. Kryerja e aktivitetit fizik.....	42
Tabela 31. Informacioni që keni mbi sëmundjen e diabetit*gjinia.....	43
Tabela 32. Çfarë duhet të hani*gjinia.....	43
Tabela 33. Si duhet të testohet glukoza.....	43
Tabela 34. Ushtrimet që duhen kryer.....	44
Tabela 35. Informacion jo i dobishëm.....	44
Tabela 36. Informacion rreth sëmundjes.....	44
Tabela 37. Mbështetje sociale.....	45
Tabela 38. Përditshmëria e mbështetjes sociale.....	45
Tabela 39. A përdorni dietë të përshtatshme për diabetin*gjinia.....	46
Tabela 40. A e keni reduktuar sheqerin në dietë*gjinia.....	46
Tabela 41. A përdorni zëvendësues të sheqerit në dietë*gjinia.....	46
Tabela 42. A përdorni sjellje që ju devijojnë nga dieta*gjinia.....	47
Tabela 43. A përdorni pije me përmbajtje sheqeri*gjinia.....	47
Tabela 44. Reduktimi i ushqimeve me përmbajtje niseshteje*gjinia.....	47
Tabela 45. A e keni rritur sasinë e frutave dhe perimeve*gjinia.....	48
Tabela 46. A përdorni fruta si një vakt të lehtë*gjinia.....	48

Tabela 47. I gatuani ushqimet pa yndyrë*gjinia.....	49
Tabela 48. A gatuani mish me përmbajtje të ulët yndyre*gjinia.....	49
Tabela 49. A e keni reduktuar alkoolin*gjinia.....	49
Tabela 50. A e keni reduktuar kripën*gjinia.....	50
Tabela 51. A e kontrolloni sasinë e kalorive *gjinia.....	50
Tabela 52. Përdorni strategji kur hani jashtë*gjinia.....	50
Tabela 53. A keni orar në ushqyerjen tuaj*gjinia.....	51
Tabela 54. Kryerja e aktivitetit fizik*gjinia.....	51
Tabela 55. Ushtrimet që kryeni *gjinia.....	52
Tabela 56. Paaftësit*gjinia.....	52
Tabela 57. Informacioni mbi sëmundjen*shkollimi.....	52
Tabela 58. Zëvendësimi i sheqerit*shkollimi.....	53

3. LISTA E GRAFIKËVE

Grafiku 1. Prevalenca e DM2 në vitin 2019, në popullatën e rritur.

4. ABSTRAKT

Abstrakt

Hyrje

Diabeti mellitus është një sëmundje endokrinologjike dhe / ose metabolike me incidencë dhe prevalencë në rritje e cila shoqërohet me rritje të sheqerit në gjak. Ndërkohë që diabeti mellitus tipi 2 (DM 2) është duke u shdërruar në një epidemi në disa shtete, në të cilat pritet që numri i njerëzve të prekur të dyfishohet dekadën tjetër për shkak të plakjes së popullsisë. Modalitetet e trajtimit përfshijnë modifikimin e mënyrës së jetesës, trajtimin e mbipeshes, agjentët hipoglicemik oral dhe sensibilizuesit e insulinës si metformina, biguanidet që zvogëlojnë rezistencën ndaj insulinës. Theksi do të vihet në njohuritë dhe mënyrat e vetmenaxhimit të sëmundjes.

Qëllimi i studimit

Vlerësimi i nivelit të vetmenaxhimit të diabetit tipi 2 te pacientët që trajtohen nga mjeku i familjes në qendra shëndetësore në qytetin e Vlorës si dhe identifikimi i faktorëve të mundshëm dhe pengesave që ndikojnë në vetmenaxhimin dhe vetëkujdesin e sëmundjes.

Metodologjia

Studimi do të jetë i tipit transversal. Të dhënat e studimit u mblodhën në periudhën Qershor – Korrik 2020 nëpërmjet një pyetësi standart anonim të bazuar në literaturë. Shëpërndarja e pyetësorit u krye nëpërmjet platformës google form. Identifikimi i personave me Diabet tipi 2 u krye nga regjistrat e mjekut të familjes. Pyetësi përbëhej nga 5 seksione me pyetje për vetmenaxhimin e diabetit si dhe një seksion për të dhënat socio--demografike. Në studim u përfshin 134 pacientë të grupmoshës 18-85 vjeç. Vlera të $p < 0.05$ u konsideruan të rëndësishme nga ana statistikore.

Rezultatet

Mosha mesatare pacientëve ishte 42.7 vjeç dhe $SD \pm 15,5$. 69.40% e pjesëmarrësve ishin femra dhe 30.60% meshkuj. Lidhje sinjifikante statistikore u gjet midis të dhënave socio-demografike, (gjinisë) dhe variablit "dieta ushqimore", $p < 0.001$, si edhe midis gjinisë dhe "aktivitetit fizik" $p < 0.001$ Gjithashtu u gjetën lidhje të rëndësishme midis njohurive për vetmenaxhim të sëmundjes edhe arsimimit $p < 0.05$.

Konkluzionet

Studimi evidentoi mungesën e pranisë së informacioneve në mënyrë të barabartë për popullatën e përfshirë në studim për vetmenaxhimin e sëmundjes. Femrat ishin ato që kryenin vetmenaxhim më të mirë në krahasim me meshkujt në lidhje me dietën ushqimore dhe aktivitetin fizik. Studimi evidentoi edhe rëndësinë e shkollimit në njohuritë për vetmenaxhim të sëmundjes, kështu personat me arsim të lartë kishin njohuri më të mira për vetmenaxhim të sëmundjes. Fokus i vecantë duhet dhënë drejt krijimit të programeve edukative sipas target grupeve nga profesionistët e shëndetit me qëllim rritjen e nivelit të vetmenaxhimit të diabetit tipi 2 dhe reduktim të kostove shëndetësore të sëmundjes.

Fjalët kyçe: pacientë, diabet tipi 2, vetmenaxhim, vlerësim, modifikim etj.

5. PJESA TEORIKE

5.1. HYRJE

Diabeti mellitus është një sëmundje endokrinologjike dhe / ose metabolike me një incidencë dhe prevalencë në rritje. Nivele të larta të glukozës në gjak janë tregues të diabetit mellitus si pasojë e pamjaftueshmërisë të sekretimit të insulinës pankreatike ose veprimi të dobët të insulinës për ne indet e synuara. Diabeti mellitus rëndohet dhe shoqërohet me komplikime metabolike që më pas mund të çojnë në vdekje të parakohshme.[1]. Ashpërsia e simptomave varion nga tipi dhe kohëzgjatja e tyre. Disa nga pacientët diabetik janë asimptomatik vecanërisht ata me tipin 2 të diabetit kryesisht në vitet e para të sëmundjes, të tjerët me hiperglicemi të thjesuar kryesisht fëmijët me një mungesë të theksuar të insulinës, mund të vuajnë nga poliuria, polidipsi, polifagi rënie në peshë etj. Diabeti i pakontrolluar mund të çojë në gjendje stupori, koma, madje dhe vdekje, si pasojë e gjendjes së ketoacidozës të rrallë nga sindromi hyperosmolar jeketotik[2,4].

Sipas një studimi në Hollandë rezultoi që prevalenca më e lartë e DM është në vendet e lindjes. Kështu në banorët e Amsterdimit u gjet një risk më i lartë në popullatën turke(5.6%), marokenët (8.0%) në krahasim me popullatën vendase (3.1%). Këto rezultate janë si shkak e niveleve të ulëta socioekonomike në këto popullata. Moshë e fillimit të diabetit në këto popullata është respektivisht një ose dy dekada më shpejt se në popullatën vendase [5]. Gjithashtu në një studim të bërë në disa klinika europiane, në 1,217 meshkuj dhe 1,170 femra të moshës 25-60 vjeç me nivele të ndryshme socio ekonomike, rezultoi që personat e marrë në studim me nivel të ulët socioekonomik (arsim të ulët) kishin diabet për një kohë më të gjatë, kishin nivelet më të larta të HbA1c dhe kolesterolit më të lartë në gjak sesa grupi me personat me arsim të lartë[6].

Faktorë të tjerë rrisin rrezikun për diabetin përmendim:

- ∞ Gjenetika
- ∞ Mbipeshë
- ∞ Ushqyerje jo e mirë
- ∞ Mungesa e aktivitetit fizik
- ∞ Moshë e madhe
- ∞ Presioni i lartë i gjakut
- ∞ Etniciteti
- ∞ IGT(Tolerance e dëmtuar e glukozës)
- ∞ Historik me diabet gestacional
- ∞ Ushqyerje e dobët gjatë shtatzanisë
- ∞ Faktorë ambiental[7]

5.2. CFARË ËSHTË DIABETI MELITUS TIPI 2?

DM 2(diabeti melitus tipi) është një crregullim metabolik kronik, në të cilin prevalenca po rritet në të gjithë botën. Si rezultat DM tipi 2 është duke u shëndrruar në një epidemi në disa shtete, në të cilat pritet që numri i njerëzve të prekur të dyfishohet dekadën tjetër për shkak të plakjes së popullsisë. Duke u bërë kështu një barrë për ofruesit e kujdesit shëndetësor sidomos në vendet e varfra.[8]

Ende nuk është gjetur kurë për sëmundjen, sidoqoftë, modalitetet e trajtimit përfshijnë modifikimin e mënyrës së jetesës, trajtimin e mbipeshes, agjentët hipoglicemikë oral dhe sensibilizuesit e insulinës si metformina dhe biguanidet që zvogëlojnë rezistencën ndaj insulinës, metformina është ende medikamenti më rekomanduar i linjës së parë, veçanërisht për pacientët obez. Medikamente të tjera efektive përfshijnë jo-sulfonilurea, tiazolidinediones, frenues të alfa glukozidazës, dhe insulinë. Hulumtimet e fundit në patofiziologjinë e tipit 2 DM kanë çuar në prezantimin e ilaçeve të reja si analoge peptidesh të ngjashme me glukagonin: frenuesit dipeptidil peptidazë-IV, frenuesit e transportuesve të natriumit-glukozës 2 dhe 11 β -hidroksysteroid dehidrogjenaza 1, insulina që lëshon glukokinazën, aktivizuesit dhe agonistët e receptorit të acidit yndyror të shoqëruar me pankreatik-G-proteinë, antagonistët e receptorit të glukagonit, frenuesit metabolikë të daljes së glukozës hepatike dhe bromokriptinës me veprim të shpejt. Insulina e inhaluar është licensuar për përdorim në vitin 2006, por është tërhequr nga tregu për shkak të përkrahjes të ulët [8]. Pavarësisht zgjedhjes së agjentëve farmakologjikë, mjekët duhet të ofrojnë edhe qasjet jo-farmakologjike, të modifikimit të dietës, kontrollit të peshës dhe ushtrimeve të rregullta. Përsa u përket agjentëve farmakologjikë, këta duhet të bazohen në karakteristikat e pacientit, nivelin e kontrollit të glukozës dhe konsideratat e koston. Kombinimet e agjentëve të ndryshëm oral mund të jenë të dobishëm për kontrollin e hiperglicemisë përpara se të bëhet e nevojshme terapia me insulinë. Një qasje e kujdesit të hapur ndaj terapisë së medikamenteve mund të sigurojë qasjen më racionale, me kosto të efektshme për menaxhimin e kësaj sëmundjeje. Analizat farmako-ekonomike të provave klinike janë të nevojshme për të përcaktuar strategji me kosto efektive të trajtimit për menaxhimin e diabetit tipi 2 [9].

Simptomat. Përsa u përket simptomave në diabetin tip 2 gjendja nga të qenit plotësisht i shëndetshëm në atë të diagnostikuar me diabet, mund të kërkojë një periudhë të gjatë vitesh, pasi zhvillimi i sëmundjes është i ngadaltë.. Trupi vazhdon të prodhojë insulinë, por qelizat ngadalë humbasin aftësinë për ta përdorur atë, kështu që nivelet e glukozës do të rriten dhe trupi fillon të prodhojë më shumë insulinë për të kompensuar nivelet e larta të glicemisë në gjak. Ndryshimi mund të mos jetë menjëherë i dukshëm pasi nuk ka dhimbje që shoqërohet me këtë proces, por shenjat paralajmëruese të rritjes së glukozës në gjak do të manifestohen në të gjithë trupin.

- ∞ Sytë tuaj do të hasin vështirësi ndërsa glukozja vesh në enët e gjakut. Me ndërhyrjen e hershme kjo mund të mjekohet, por nëse lihet e patrajtuar për një kohë të gjatë, një gjendje e quajtur retinopati diabetike mund të ndodhë dhe të shkaktojë dëme të përhershme afatgjata në enët e gjakut të syve.
- ∞ Duart dhe këmbët mund të pësojnë mpirje dhe ndjesi shpimi gjilpërash nga neuropatia periferike, një problem i dhimbshëm që prek nervat në duar dhe këmbë. Glukoza e tepërt krijon një terren për infeksione të dobishme kërpudhore në mënyrë sistematike në lëkurën

tuaj, thonjtë dhe organet gjenitale. Kjo mund të bëjë të mundur që edhe plaga më e vogël do të kërkojë “përgjithmone “ për tu shëruar. [10,11].

- ∞ Etje
- ∞ Urinim i shpeshtë
- ∞ Ndjeheni shumë të uritur ose shumë të lodhur
- ∞ Humbja e peshës e menjëhershme
- ∞ Plagë që shërohen ngadalë[12]

Parandalimi. Në dekadat e kaluara, të dhënat nga studimet e prospektive observuese dhe nga gjykimet klinike i kanë dhënë rëndësi, ushqyerjes dhe modeleve dietike në parandalimin dhe menaxhimin e diabetit tip 2. Cilësia e yndyrnave dietike dhe karbohidrateve të konsumuara është më e rëndësishme sesa është sasia e këtyre makronutrientëve. Dietë e pasur me drithëra integrale, fruta, perime, bishtajore dhe arra, konsumimi i moderuar i alkoolit, dhe zvogëlimi i pijeve të ëmbëlsuara me sheqer janë tregues, që zvogëlojnë rrezikun e diabetit dhe përmirësojnë nivelin e glicemisë dhe lipideve në pacientët me diabet. Me një theks në cilësinë e përgjithshme të dietës disa modele dietike siç janë, Dieta Mesdhetare dhe dietat vegjetariene mund të përshtaten për preferencat personale në ushqim dhe në kulturën e pacientit si edhe të nevojave të përgjithshme për parandalimin dhe menaxhimin e diabetit. Megjithëse është bërë shumë përparim në zhvillimin dhe zbatimin e rekomandimeve të bazuar në prova të ushqimit në vendet e zhvilluara, përpjekjet dhe politikat e bashkërenduara në të gjithë botën janë të garantuara për të lehtësuar pabarazitë rajonale[13]. Gjithashtu duhet patur parasysh se mbipësia dhe obeziteti përbëjnë faktorë risku për DM 2, për të cilat thuhet sipas studimeve të ndryshme, se janë shkaktarët kryesor për rritjen e prevalencës të DM 2. Modifikimi i stilit të jetesës që synon të rrisë aktivitetin fizik është terapia kryesore për pacientët që janë mbipesh dhe obez. Edhe humbja e peshës në mënyrë të moderuar së bashku e kombinuar me rritjen e aktivitetit fizik mund të përmirësojë ndjeshmërinë ndaj insulinës dhe kontrollin e glicemisë në pacientët me diabet tip 2 dhe të parandalojë zhvillimin e diabetit tip 2 tek personat me rrezik të lartë (d.m.th., ata me tolerancë të dëmtuar të glukozës). Shoqata Amerikane e Diabetit, Shoqata e Amerikës së Veriut për Studimin e Obezitetit, dhe Shoqata Amerikane për Te Ushqyerit Klinik janë bashkuar së bashku për të nxjerrë këtë deklaratë mbi përdorimin e modifikimit të stilit të jetesës në parandalimin dhe menaxhimin e diabetit tip 2 [14].

Duke qenë se diabeti mellitus i tipit 2 është një sëmundje e zakonshme kronike që është përgjegjëse për kosto të mëdha njerëzore dhe financiare, modifikimi i stilit të jetës (d.m.th. humbja e peshës në mënyrë të moderuar dhe rritja e aktivitetit fizik) është qasja më efektive në mënyrë konsistente për parandalimin e diabetit. Po ashtu edhe medikamentet, përfshirë metforminën dhe tiazolidinedinën, përbëjnë një terapi efektive për parandalimin ose vonimin e diabetit. Ndërhyrjet janë parë të jenë efektive edhe përgjatë moshave të ndryshme edhe sipas përkatesisë etnike. Zbatimi i këtyre gjetjeve në nismat e shëndetit publik ka qenë i ngadalë, të paktën pjesërisht për shkak të implikimeve të tyre financiare [15].

5.3. CILËT JANË MË TE RISKUARIT PËR TË ZHVILLUAR DM 2?

Sipas shumë studimeve ka një grup të caktuar personash të cilët janë më të riskuar për shfaqjen e diabetit tipi 2.

∞ **Kështu duke filluar me duhanëpirësit.**

Një studim prospektiv në 7,735 burra të moshës 40-59 në 24 qytete britanike për një mesatare prej 16.8 vitesh u zhvillua nëpërmjet kontrolleve sistematike në kujdesin parësor dhe pyetësoreve. Gjithsej 290 raste të reja me diabet u gjetën në 7,124 burra pa histori diabeti, sëmundje koronare të zemrës ose goditje në tru. Pirja e duhanit u pa të shoqërohej me një rritje të konsiderueshme të rrezikut nga diabeti, madje edhe pas rregullimit për moshën, BMI dhe konfrontuesit e tjerë të mundshëm. Burrat që hoqën dorë nga pirja e duhanit gjatë 5 viteve të para të ndjekjes treguan rritje të konsiderueshme në peshë dhe më pas rrezik më të lartë të diabetit sesa duhanpirësit e vazhdueshëm. Pirja e duhanit është një faktor rreziku i pavarur dhe i modifikueshëm për diabetin tip 2. Ndërprerja e pirjes së duhanit shoqërohet me shtim në peshë dhe rritje të mëvonshme të rrezikut nga diabeti, por në një term afatëgjatë përfitimet e heqjes dorë nga pirja e duhanit tejkalojnë efektet e pafavorshme të shtimit të hershëm të peshës [16].

∞ **Personat që bëjnë jetë sedentare.**

Është vërtetuar që aktiviteti fizik luan një rol të rëndësishëm në uljen e obezitetit dhe pasojë diabetit. Megjithatë, disa studime kanë ekzaminuar lidhjen midis sjelljeve të ulura siç është shikimi i zgjatur i televizionit, mbipeshës dhe diabetit. Duke përdorur të dhëna nga një studim prospektiv kohort, profesionistët e shëndetit vërtetuan se rritja e shikimit në TV është e lidhur fort me shtimin në peshë, pavarësisht nga dieta dhe ushtrimet. Gjithashtu, shikimi i zgjatur i TV shoqërohet me një rrezik të rritur ndjeshëm të diabetit tip 2. Burrat që shikonin TV më shumë se 40 orë në javë kishin një rritje gati trefish më shumë në lidhje me rrezikun e shfaqjes së DM 2, krahasuar me ata që kaluan më pak se 1 orë në javë duke parë TV. Kështu, fushatat e shëndetit publik për të zvogëluar rrezikun e mbipeshës dhe diabetit tip 2 duhet të promovojnë jo vetëm rritjen e niveleve të stërvitjes, por edhe zvogëlimin e sjelljeve sedentare, veçanërisht shikimin e zgjatur të TV [17].

∞ **Personat që konsumojnë alkool.**

Provat në lidhje me lidhjen midis konsumit të alkoolit dhe rrezikut të diabetit tip 2 mbeten joekzistente, përsa u përket dallimeve mashkull-femër. Sipas një studimi prospektiv kerkohej të zbulohej lidhje midis pirjes së alkoolit dhe DM tipi 2, në një grup prej 12.261 pjesëmarrësish të moshës së mesme, të cilët u ndoqën 3-6 vjet. Rastet e reja me diabet u përcaktuan nga matjet e glukozës në gjak dhe vetë-raportimi. Pas rregullimit për konfrontuesit e mundshëm, një rrezik i rritur për diabeti u gjet te burrat që pinin > 21 pije / javë kur u krahasuan me burrat që pinin 1 pije / javë ndërsa jo lidhje domethënëse u gjet tek gratë. Ky rrezik i rritur në diabet midis burrave që pinin > 21 pije / javë ishte kryesisht i lidhur me pije të tjera alkoolike sesa me birra ose konsumim të verës. Rezultatet e këtij studimi mbështesin hipotezën se marrja e lartë e alkoolit rrit rrezikun e diabetit tek burrat e moshës mesatare. Sidoqoftë, nivelet më të moderuara të konsumimit të alkoolit nuk rrisin rrezikun për diabet të tipit 2 tek burrat e moshës mesatare ose te gratë [18].

∞ **Faktorë të tjerë**

Gjenetika gjithashtu do të luajë një rol të rëndësishëm në shfaqjen e diabetit tipi 2. Janë raportuar më shumë se 20 vendodhje gjenetike të cilat janë përgjegjëse për zhvillimin e kësaj patologjie, shumica e varianteve të raportuara kanë efekte të vogla deri në të moderuar dhe përbëjnë vetëm një pjesë të vogël të trashëgimisë së DM 2 duke sugjeruar që shumica e variacionit gjenetik ndër-person te kjo sëmundje mbetet për t'u përcaktuar [19]. Ndër faktorë të tjerë do të përmendim: adipoziteti, biomarkerët e serumit (rritja e nivelit të aminotransferazës alaninë, gamma-glutamyl transferaza, acidi urik dhe proteina reaktive C, dhe ulja e nivelit të adiponektinës dhe vitaminës D), një model diete jo i shëndetshëm (rritja e konsumit të mishit të përpunuar dhe sheqerit -pije e ëmbëlsuar, ulje e konsumit të drithërave, dhe mosrespektimi i një modeli diete të shëndetshme), niveli i ulët arsimor, ulja e aktivitetit fizik kohëzgjatja e shikimit në televizion, pirja e alkoolit, pirja e duhanit, ndotja e ajrit dhe disa kushte mjekësore (presioni i lartë sistolik i gjakut, ardhja e menseve me vonesë, diabeti gestacional, sindromi metabolik, lindja e parakohshme) paraqitën prova të forta për rritjen e rrezikut të DM 2 [20]. Shumë raste të DM 2 mund të parandalohen me ndryshime në stilin e jetës, duke përfshirë ruajtjen e një peshe konstante për trupin, konsumimin e një diete të shëndetshme, qëndrimin aktiv fizikisht, mos pirjen e duhanit dhe pirjen e alkoolit në doza të moderuara [21].

5.4 EPIDEMIOLOGJIA E DM TIPI 2.

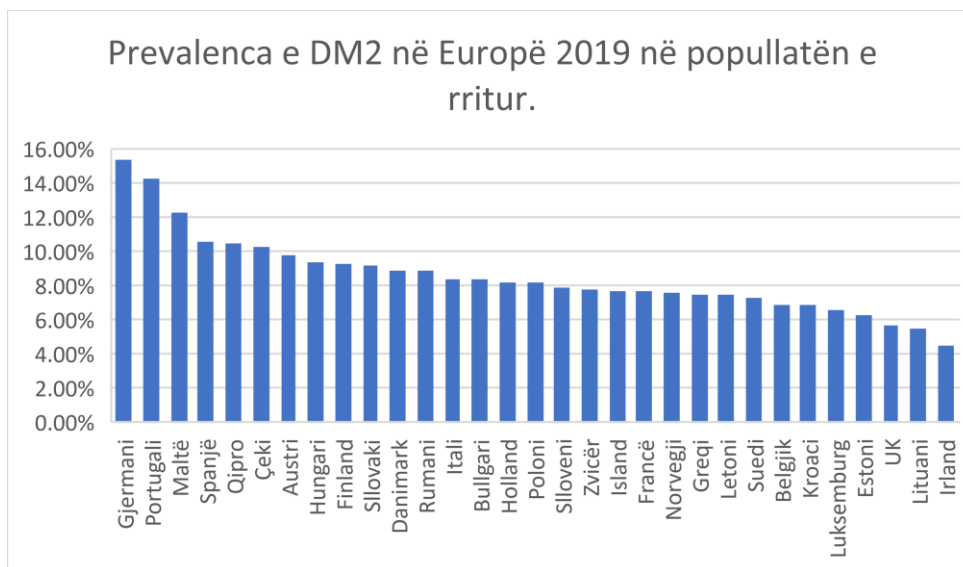
Në nivel global, numri i personave me diabet mellitus është katërfishuar në tre dekadat e fundit, dhe diabeti mellitus është shkaku i nëntë kryesor i vdekjes. Rreth 1 në 11 të rritur në të gjithë botën tani kanë diabet mellitus, 90% prej të cilëve kanë diabet mellitus tip 2. Azia është një ndër zonat më të mëdha për zhvillimin e DM 2 e ndjekur nga Kina dhe India. [21] Më shumë se 34 milion amerikanë kanë diabet (1 nga 10) dhe 90-95% e tyre kanë diabetin tipi 2. DM 2 zhvillohet zakonisht rreth moshës 45 vjeç, por gjithashtu është parë të zhvillohet edhe në fëmijë dhe adoleshent. [22]

Me gjithë përdorimin e një game të gjerë të metodologjive të ndryshme dhe kriterëve diagnostikuese, studimet epidemiologjike kanë treguar që diabeti i tipit 2 (jo i pavarur) ka një shpërndarje globale dhe përhapja e tij ndryshon nga një vend në tjetrin, në grupe të ndryshme etnike në të njëjtin vend, dhe midis të njëjtit grup etnik me migrim të brendshëm ose të jashtëm. Studimet rurale-urbane dhe migracioni tregojnë se ndryshimi drejt një stili jetese 'të perëndimit' shoqërohet me një rritje dramatike të shkallës së prevalencës për diabetin tip 2. Nivele të ulëta të prevalencës për diabetin tip 2 janë parë në Eskimos dhe popullsitë e Lindjes së Largët, ndërsa më të lartat janë parë tek Indianët Amerikanë, popullsitë e urbanizuara të ishullit të Paqësorit dhe indianët migrantë aziatikë. Provat e disponueshme sugjerojnë që këto grupe kanë një ndjeshmëri gjenetike ndaj diabetit tip 2 dhe se sëmundja nuk është maskuar nga faktorët mjedisorë. Megjithatë duket se ekziston një spektër i ndërveprimit midis faktorëve gjenetikë dhe mjedisit, në disa popullsi roli gjenetik mund të jetë më i rëndësishëm se ai mjedisor, ose anasjelltas. Studimet epidemiologjike, përveç vlerës së tyre në depistimin e popullatës dhe gjetjen e rasteve, kanë kontribuar në klasifikimin e ri dhe kriteret diagnostikuese të diabetit dhe të kuptuarit tonë ndaj faktorëve të rrezikut dhe etiologjinë e diabetit tip 2. [23]

Përsa u përket vendeve Europiane, prevalenca e DM 2 është shumë e lartë, sidomos në Gjermani, ndërsa në Norvegji dhe Islandë prevalenca është e ulët. Parashikimet e epidemiologëve për të tretën e parë të shekullit 21 pretendojnë deri në 2.5 herë rritje të prevalencës së DM 2 në Lindjen e Mesme, Afrikën Sub-Sahariane, Indi, Azi dhe Amerikën Latine. Në Kinë numri i pacientëve me

DM 2 do të dyfishohet në vitin 2030. Në vendet e përparuara ekonomikisht rritja do të jetë rreth 50% në 2030. Rritja e urbanizimit, popullsia në plakje, mbipesha dhe niveli i rënies së aktivitetit fizik, të gjitha po kontribuojnë në ngritjen e DM 2 në të gjithë botën. Shkaku kryesor i pandemisë së DM 2 është përhapja në rritje e mbipeshes në Evropë dhe Sh.B.A. Në Amerikën e Veriut dhe vendet e Bashkimit Evropian mbipesha konsiderohet të jetë përgjegjëse për deri në 70-90% të DM 2 në popullatën e rritur. Mekanizmi i saktë me të cilin mbipesha çon në rezistencë ndaj insulinës dhe në DM 2 nuk është plotësisht i njohur por mund të ketë lidhje me disa faktorë biokimikë si anomalitë në acidet yndyrore të lira, adipokinat, leptinën dhe substancat e tjera [24]. Gjithashtu në një studim të bërë parashikohet që për vitet 2018-2028 do të rritet prevalenca e DM 2 ku vetëm në vitin 2018 janë 500 milion raste me DM 2. Kjo shfër do të vazhdojë të rritet përgjatë viteve, por prevalenca më e lartë do të jetë në vendet me zhvillim të ulët [25].

Grafiku 1.



5.5 KOMPLIKACIONET E DIABETIT MELITUS TIPI 2.

Nëse keni DM2 dhe nëse ju nuk punoni të mbani në nivelin e duhur glukozën, atëherë do të përballeni me komplikacione të sëmundjes [26].

Përsa u perket komplikacioneve, **muskuloskeletalet** janë ndër më të shpeshtat. Në një studim të bërë u vrojtuan komplikacionet më të shpeshta të duarëve dhe shpatullave te pacientët me DM2. Prania e “Cheiroarthropathy”, shpatulla e ngrirë, kontraktimi i “Dupuytren” dhe gishtit i këmbës u vlerësuan në 102 pacientë me diabet të tipit 2 dhe 101 kontrole jo-diabetike, të kombinuar sipas moshës dhe seksit. Gjithashtu është analizuar marrëdhënia midis këtyre komplikimeve dhe moshës, seksit, kohëzgjatjes së diabetit dhe kontrollit të glicemisë. “Cheiroarthropathy”, shpatulla e ngrirë dhe kontraktimi i “Dupuytren” ishin dukshëm më të përhapura në grupin diabetik sesa në grupin e kontrollit. Femrat ishin prekur më pak nga shpatullat e ngrira sesa meshkujt dhe rastet e avancuara (faza 2) e “Cheiroarthropathy” ishte më e shprehur te femrat. Kohëzgjatja e diabetit ishte e lidhur me një rrezik të shtuar të ëmundjeve muskuloskeletale. Si përfundim, disa çrregullime muskulore janë më të përhapura tek pacientët me diabet mellitus tip 2 dhe kjo mund të shoqërohet me kontrollin e glicemisë, seksin dhe kohëzgjatjen e diabetit [27].

Sëmundjet kardio-cerebrovaskulare shoqërohen shpesh me diabetin e tipit 2 dhe mund të bëhen kërcënuese për jetën, veçanërisht koronaropatia, goditja në tru dhe dështimi i zemrës. Klinikisht ndonjëherë mund të shfaqen atipike dhe të heshtura për një kohë të gjatë [28].

Sipas një studimi të kryer është vlerësuar **neuropatia** ne pacientët me DM2. E cila mund të preki 50% te personave të prekur me DM 2. Neuropatia diabetike mund të kategorizohet si më poshtë: Neuropatia ndijore ndodh kur nervat që zbulojnë prekjën dhe temperaturën dëmtohen. Kjo formë e neuropatisë zakonisht prek këmbët dhe duart. Neuropatia motorike rezulton nga dëmtimi i nervave që ndikojnë në lëvizjen e muskujeve dhe neuropatia autonome prek nervat që kontrollojnë veprimet e pavullnetshme, të tilla si tretja ose rrahjet e zemrës preken.[29]

Në një studim të kryer u vlerësua neuropatia në crregullimet orale. Sëmundjet e mukozës, humbja e dhëmbit dhe mosfunksionimi temporomandibular u ekzaminuan në 45 pacientë me diabet mellitus afatgjatë të tipit 2 dhe në 77 subjekte kontrolli. Shfaqja e neuropatisë u vlerësua me teste neurofizilogjike. Nga pacientët me diabet, 56% vuanin nga tharja e gojës dhe 18% nga glosodinia; te grupi i kontroleve, përkatësisht, 36% dhe 7%.. Mosfunksionimi i përbashkët i temporomandibular u gjet në 27% të subjekteve me diabet dhe në 16% të subjekteve të kontrollit. Neuropatia periferike ishte e pranishme në 42% të pacientëve me diabet dhe në asnjë nga kontrollet dhe neuropatia autonome parasimpatike në 54% dhe 31%. Kështu neuropatia diabetike u konstatua se shoqërohet me humbjen e dhëmbit dhe mosfunksionimin e përbashkët temporomandibular[29].

Retinopatia është gjithashtu një ndër komplikacionet më të zakonshme të DM2 dhe është shkaku më i shpeshtë i rasteve të reja të verbërisë tek të rriturit e moshës 20-74 vjeç. Gjatë dy dekadave të para të sëmundjes, pothuajse të gjithë pacientët me diabet tip 2 kanë retinopati. Në Studimin Epidemiologjik të EËsconsin të Retinopatisë Diabetike (EËSDR) 1.6% e pacientëve me moshë të vjetër ishin të verbër. Në grupin e të rinjve, 86% e verbërisë i atribuohet retinopatisë diabetike. Në grupin e të moshuarve, në të cilin sëmundjet e tjera të syve ishin të zakonshme, një e treta e rasteve të verbërisë ishin për shkak të retinopatisë diabetike [30].

Sëmundjet renale. DM 2 është i lidhur me rritjen e vdekshmërisë kur shoqërohet me komplikacione si sëmundjet e veshkave. Sipas një studimi është analizuar vdekshmëria kumulative 10-vjeçare nga diabeti dhe gjendja e sëmundjes së veshkave për 15,046 pjesëmarrës në Sondazhin e Tretë Kombëtar të Shëndetit dhe Ekzaminimit të Ushqimit (NHANES III) duke lidhur të dhënat bazë nga NHANES III me Indeks Kombëtar të Vdekjes. Sëmundja e veshkave, e përkufizuar si raport albuminë / kreatininë urinare ≥ 30 mg / g, ishte e pranishme në 9.4% dhe 42.3% të individëve përkatësisht pa dhe me diabet tip 2. Midis njerëzve pa diabet dhe me sëmundje të veshkave (grupi i referencës), vdekshmëria kumulative 10-vjeçare nga të gjitha shkaqet ishte 7.7% i standardizuar sipas moshës së popullsisë, seksit dhe racës . Midis individëve me diabet por pa sëmundje të veshkave, vdekshmëria e standardizuar ishte 11.5% që përfaqëson një ndryshim absolut të rrezikut me grupin e referencës prej 3.8%, përshtatur sipas demografisë. Midis individëve me diabet dhe sëmundje të veshkave, vdekshmëria e standardizuar ishte 31.1% që përfaqëson një ndryshim absolut të rrezikut me grupin referues prej 23.4%, përshtatur sipas demografisë. Po ashtu janë vërejtur modele të ngjashme për vdekshmërinë kardiovaskulare dhe jo kardiovaskulare. Si përfundim ata me sëmundje të veshkave kanë patur një vdekshmëri më të lartë të pacienetë diabetik krahasim me grupet e tjera. [31]

Apneja gjatë gjumit. Nje studim i bërë synonte të vlerësonte prevalencën dhe karakteristikat e sindromës së apnesë së gjumit (SAS) në pacientët e shtruar në spital për diabet të tipit 2. Ishte një studim i cili u krye brenda natës në 303 pacient radhazi. [32]

Rezultatet e studimit treguan se 34% e këtyre pacientëve kishin SAS të lehtë, siç përcaktohet nga një indeks i shqetësimit të frymëmarrjes (RDI) prej 5-15; 19% kishin SAS të moderuar (RDI: 16–29) dhe 10% kishin SAS të rëndë (RDI ≥ 30). SAS ishte obstruktive në 99% të pacientëve apneikë. Përqindja e pacientëve me përgjumje të lartë gjatë ditës (shkalla e përgjumjes Epëorth > 10), lodhje ose nokturi nuk ndryshonte dukshëm midis pacientëve me SAS të rëndë, të moderuar ose të lehtë kundrejt pacientëve jo apneikë. Përqindja e pacientëve që gërhinin ishte dukshëm më e lartë në pacientët me SAS të rëndë ose të moderuar kundrejt pacientëve jo apneikë. HbA1c, kohëzgjatja e diabetit dhe mbizotërimi i mikroalbuminurisë, retinopatisë dhe neuropatisë periferike nuk ndryshuan dukshëm midis pacientëve me SAS të rëndë, të moderuar ose të lehtë kundrejt pacientëve jo apneikë. Sidoqoftë, pacientët me SAS të rëndë ose të moderuar kishin vlera dukshëm më të larta për indeksin e masës trupore, perimetrin e belit dhe perimetrin e qafës sesa pacientët jo apneikë. Si përfundim në pacientët diabetikë të tipit 2, SAS obstruktiv është shumë i përhapur dhe lidhet me perimetrin abdominal, dhe duhet të kontrollohet sistematikisht, pasi nuk mund të parashikohet nga të dhënat klinike. [32].

Gjithashtu një studim tjetër përcaktoi një prevalencë të lartë të (SAS)në të rriturit me diabet mellitus tipi 2. Kështu ky studim regjistroi 330 të rritur radhazi me DM 2 të referuar në një klinikë diabeti, 279 prej të cilëve përfunduan studimin. Vlerësimi i pranisë së SAS u krye me përdorimin e një pajisje regjistrimi me një kanal që mat ngjarjet e çrregullta të frymëmarrjes nga një sinjal i rrjedhës së ajrit prej hundës. Pajisja është përdorur nga pjesëmarrësit e studimit në shtëpinë e tyre, pas udhëzimeve në përdorimin e duhur nga stafi klinik në qendrën e diabetit. Prania dhe ashpërsia e SAS u përcaktuan me përdorimin e një indeksi apne-hipopne (AHI), duke pasqyruar periudhat e frymëmarrjes së zvogëluar dhe të munguar. Të dhënat e informacionit demografik dhe mjekësor u mbledhën për të zbuluar faktorët e lidhur me SAS në këtë popullatë të studimit. Për

më tepër, u krye një analizë e kohës dhe kostos në lidhje me procesin e shqyrtimit për SAS nga stafi klinik në qendrën e diabetit. Rezultatet treguan një prevalencë të lartë të SAS në të rriturit me DM 2, duke filluar nga 48%. Variablat e mëposhtëm u shoqëruan me SAS: mosha ≥ 62 vjeç, seksi mashkull, indeksi i masës trupore ≥ 30 kg / m², gërhitja dhe raportet e ndalimit të frymëmarrjes gjatë gjumit. Si përfundim ky studim tregoi që SAS ka një prevalencë të lartë tek të rriturit me DM 2. Vlerësimi për SAS mund të kryhet lehtësisht në një ambient ambulator me një pajisje regjistruese portative siç është ajo e përdorur në këtë studim. Kontrolli për SAS duhet të konsiderohet në popullatën DM 2.[33]

Koma diabetike është një komplikacion i cili mund të vij kur glicemia në gjak rritet më shumë se 600(mg/dl), simptoma e saj e parë është dehidrimi. Zakonisht prek njerëzit me diabet tip 2 që nuk kanë kontroll të mirë të glicemisë. Është më shumë e pranishme te të sëmurët kronikë, të moshuarit apo te personat me aftësi të kufizuara. Mjekët nuk janë të sigurt pse, por ata mendojnë se këta njerëz mund të mos e kuptojnë se janë të etur ose mund të mos jenë në gjendje të pijnë mjaftueshëm..Kjo është një gjendje e rëndë, dhe nëse nuk dallohet shpejt dhe nuk trajtohet shpejt, mund të jetë fatale.Njohja e simptomave është e rëndësishme. [34]

- ∞ Temperaturë e lartë
- ∞ Dobësi
- ∞ Përgjumje
- ∞ Gjendje e alteruar mendore
- ∞ Dhimbje koke
- ∞ Pamundësia për të folur
- ∞ Probleme vizuale
- ∞ Halucinacione
- ∞ Paraliza
- ∞ Etje
- ∞ Urinim i shpeshtë. [34]

Stroku. Në një goditje, një nga enët e shumta të gjakut që furnizojnë trurin me oksigjen dëmtohet ose bllokohet. Nëse rrjedha e gjakut ndërpritet për më shumë se 3 deri në 4 minuta, ajo pjesë e trurit fillon të vdesë. Diabeti mund ta bëjë më të vështirë për trupin për t'iu përgjigjur një goditje në tru. Kur furnizimi me oksigjen ndërpritet, arteriet e tjera zakonisht mund të shërbejnë si bajpas. Por nëse keni diabet, ato enë mund të ngurtësohen ose të bllokohen me pllaka, një gjendje e njohur si ateroskleroza. Kjo e bën më të vështirë për gjakun të shkojë në tru.[35]

Dëmtimet e leëkurës. Janë të pranishme ne DM 2. Diabeti afatgjatë i tipit 2 me hiperglicemi, ka tendencë të shoqërohet me qarkullim të dobët, i cili zvogëlon rrjedhjen e gjakut në lëkurë. Gjithashtu mund të shkaktojë dëmtime të enëve të gjakut dhe nervave. Aftësia e qelizave të bardha të gjakut për të luftuar infeksionet është gjithashtu e zvogëluar për shkak të ngritjes së sheqerit në gjak.Ulja e qarkullimit të gjakut mund të çojë në ndryshime në kolagjenin e lëkurës. Kjo ndryshon strukturën, pamjen dhe aftësinë e shërimit të lëkurës. Dëmtimi i qelizave të lëkurës madje mund të ndërhyjë në aftësinë për të djersitur. Gjithashtu mund të rrisë ndjeshmërinë ndaj temperaturës dhe presionit. Neuropatia diabetike mund të shkaktojë ndjesi të zvogëluar. Kjo e bën lëkurën më të prirur ndaj plagëve. [36]

Midis 51.1% dhe 97% e njerëzve me diabet do të përjetojnë një gjendje të lidhur me lëkurën, sipas një përmbledhje të kohëve të fundit të literaturës. Për këtë arsye, njerëzit me diabet të tipit 2 duhet të kujdesen për:

- ∞ ndryshimet në lëkurën e tyre
- ∞ lëndime ose acarim të lëkurës që rrethon vendet e injektimit të insulinës
- ∞ prerje ose plagë që shërohen ngadalë, pasi plagët me shërim të ngadaltë shpesh janë hyrje të infeksioneve dytësore
- ∞ prerje ose plagë që duken të infektuara. [36].

Gjithashtu duhet patur parasysh se dëmtimet e lëkurës të shkaktuara nga diabeti zakonisht përfshijnë infeksion bakterial ose fungual.

Infeksionet bakteriale. Infeksionet bakteriale janë të zakonshme për të gjithë. Sidoqoftë, këto lloj infeksionesh janë veçanërisht problematike për njerëzit me diabet të tipit 2. Këto gjendje të lëkurës shpesh janë të dhimbshme dhe të ngrohta në prekje, me ënjtje dhe skuqje. Ato mund të rriten në madhësi, numër dhe frekuencë nëse niveli i glukozës në gjak është i rritur kronikisht. Bakteret më të zakonshme që shkaktojnë infeksione të lëkurës janë Staphylococcus dhe Streptococcus. Infeksionet serioze bakteriale mund të shkaktojnë dëmtime të thella të nënlëkurës të quajtura karbunkula. Këto mund të kenë nevojë të çahen nga një mjek dhe të drenohen. Nëse dyshoni se keni një infeksion bakterial, njoftoni menjëherë mjekun tuaj që të mund të mjekoheni me antibiotikë. [36].

- ∞ Infeksione të tjera të zakonshme bakteriale përfshijnë:
- ∞ Vlon (boils)
- ∞ Stilet, ose infeksionet rreth folikulit, ose infeksione të gjëndrave të flokëve
- ∞ Infeksione rreth thonjve

Infeksionet mykotike. Të shkaktuara nga përhapja e kërpudhave ose majave, janë gjithashtu të zakonshme për të gjithë njerëzit me diabet. Kjo është veçanërisht e vërtetë nëse glukozja në gjak nuk është e kontrolluar mirë. Infeksionet e majave duken si zona me lëkurë të kuqe, shkaktojnë prurit, janë të fryra dhe të rrethuara me fluska ose të thata.[36]

Kërpudhat e majave prekin zonat e mëposhtme:

- ∞ në palosjet e ngrohta të lëkurës
- ∞ nën gjinj
- ∞ në ijë
- ∞ në sqetulla
- ∞ në cepat e gojës. [36]

Disa komplikacione të tjera të diabetit tipi 2 janë:

- ∞ Presioni i lartë i gjakut. Shumë njerëz me diabet tip 2 kanë probleme me presionin e lartë të gjakut. Nëse kjo nuk trajtohet, rreziku i sulmit në zemër, goditjes në tru, problemeve me shikimin dhe sëmundjeve të veshkave mund të rritet. Duhet monitoruar presioni i gjakut

rregullisht. Një dietë me pak natrium, ushtrime të rregullta dhe zvogëlimi i stresit mund të mbajnë nën kontroll presionin e gjakut. Mjeku gjithashtu mund të përshkruajë ilaçe për të trajtuar hipertensionin.

- ∞ Depresioni. Ndërsa shkencëtarët nuk e kuptojnë plotësisht lidhjen midis diabetit dhe depresionit, ata e dinë që njerëzit me diabet janë në një rrezik më të lartë të përjetojnë depresion. Diabeti mund të jetë stresues dhe emocionalisht rraskapitës.
- ∞ Gastropareza. Nëse nivelet e sheqerit në gjak mbeten të larta për një periudhë të gjatë kohore, mund të ndodhë dëmtim i nervit vagus. Nervi vagus është nervi që kontrollon lëvizjen e ushqimit përmes aparatit tretës. Gastropareza lind kur nervi vagus dëmtohet ose ndalet së funksionuari. Kur kjo të ndodhë, stomakut i duhet më shumë kohë se normalisht për të zbratur përmbajtjen e tij. Kjo quhet zbrazja e vonuar e stomakut. Simptomat e gastroparezës përfshijnë: të përziera dhe të vjella, urth, ndjenja e ngopjes, humbje e oreksit, humbje peshe dhe spazma e stomakut. Gastropareza gjithashtu mund ta bëjë më të vështirë menaxhimin e niveleve të glukozës. Mënyra më e mirë për të parandaluar gastroparezën është të menaxhoni nivelet e sheqerit në gjak me kalimin e kohës.
- ∞ Demenca. Shkencëtarët kohët e fundit kanë krijuar një lidhje midis diabetit të tipit 2 dhe sëmundjes Alzheimer, lloji më i zakonshëm i demencës. Shumë sheqer në gjak mund të dëmtojë trurin me kalimin e kohës, prandaj është e rëndësishme të mbani nën kontroll nivelet e sheqerit në gjak. [37]

5.6 TRAJTIMI I DM 2.

Për të arritur një kontroll të mirë metabolik afatgjatë të të sëmurët diabetik është i rëndësishëm një kombinim i ndryshimeve të stilit të jetës dhe trajtimit farmakologjik. Arritja e hemoglobinës së glukozuar gati-normale në mënyrë të konsiderueshme, zvogëlon rrezikun e komplikimeve makrovaskulare dhe mikrovaskulare. Aktualisht ekzistojnë trajtime të ndryshme, si nga goja ashtu edhe SC (subcutane), të disponueshëm për trajtimin e diabetit të tipit 2. Algoritmet e trajtimit të dizajnuara për të zvogëluar zhvillimin ose përparimin e ndërlikimeve të diabetit theksojnë nevojën për një kontroll të mirë të glicemisë. Ndërhyrja fillestare duhet të përqendrohet në ndryshimet e stilit të jetës. Për më tepër, ndryshimet në stilin e jetës kanë provuar se janë të dobishme, nëse aplikohen gjithmone. [38]

Mjekët duhet të jenë të njohur me llojet e ndryshme të barnave ekzistuese për trajtimin e diabetit dhe të zgjedhin ato më efektive, të sigurta dhe ato që pacienti toleron më mirë. Metformina mbetet zgjedhja e parë e trajtimit për shumicën e pacientëve. Opsione të tjera alternative ose të trajtimit të linjës së dytë duhet të individualizohen në varësi të karakteristikave të secilit pacient. [38]

Terapia farmakologjike është shpesh e nevojshme për të arritur kontrollin optimal të glicemisë në menaxhimin e diabetit. Agjentët OHA (antihyperglicemikë të administruar nga goja) mund të përdoren vetëm ose në kombinim me OHA të tjera ose me insulinë. Numri i OHA-ve në dispozicion është rritur ndjeshëm në dekadën e fundit. [39]

Disa nga medikamentet më të përdorura janë:

- ∞ Metformin, Glukofag, Glumetza, etj. Në përgjithësi, siç u përmend edhe më lart, metformina është ilaçi i parë i përshkruar për diabetin e tipit 2. Funksionon duke ulur prodhimin e glukozës në mëlçi dhe duke përmirësuar ndjeshmërinë e trupit tuaj ndaj insulinës në mënyrë që trupi juaj të përdorë insulinën në mënyrë më efektive. Nauze dhe diarreja janë efekte anësore të metforminës. Këto efekte anësore mund të zhduken ndërsa trupi juaj mësohet me ilaçin ose nëse e merrni medikamentin në një orar të caktuar.
- ∞ Sulfonilureat. Këto ilaçe ndihmojnë trupin tuaj të sekretojë më shumë insulinë. Shembujt përfshijnë glyburide (DiaBeta, Glynase), glipizide (Glucotrol) dhe glimepiride (Amaryl). Efektet e mundshme anësore përfshijnë sheqer të ulët në gjak dhe shtim në peshë.
- ∞ Meglitinidet. Këto ilaçe të tilla si repaglinid (Prandin) dhe nateglinide (Starlix) funksionojnë si sulfonilurea duke stimuluar pankreasin që të sekretojë më shumë insulinë, por ato veprojnë më shpejt dhe kohëzgjatja e efektit të tyre në trup është më e shkurtër. Ata gjithashtu kanë një rrezik për të shkaktuar hipoglicemi dhe shtim në peshë.
- ∞ Tiazolidinediones. Ashtu si metformina, këto ilaçe përfshijnë rosiglitazonin (Avandia) dhe pioglitazonin (Actos) të cilat i bëjnë indet e trupit më të ndjeshme ndaj insulinës. Këto barna janë lidhur me shtimin e peshës dhe efekte të tjera anësore më serioze, të tilla si; një rrezik në rritje të dështimit të zemrës dhe anemisë. Për shkak të këtyre rreziqeve, këto ilaçe zakonisht nuk janë trajtime të zgjedhjes së parë.
- ∞ Frenuesit e DPP-4. Këto ilaçe si; sitagliptin (Januvia), saxagliptin (Onglyza) dhe linagliptin (Tradjenta), ndihmojnë në uljen e niveleve të sheqerit në gjak, por prirjen të kenë një efekt të moderuar. Ato nuk shkaktojnë shtim në peshë, por mund të shkaktojnë dhimbje të kyçeve dhe të rrisin rrezikun e pankreatitit.
- ∞ Frenuesit e SGLT2. Këto ilaçe parandalojnë që veshkat të rithithin glukozën në gjak. Në vend të kësaj, glukozja ekskretohet në urinë. Shembujt përfshijnë canagliflozin (Invokana), dapagliflozin (Farxiga) dhe empagliflozin (Jardiance). Medikamentet në këtë klasë të ilaçeve mund të zvogëlojnë rrezikun e sulmit në zemër dhe goditjes në njerëz tek njerëzit me një rrezik të lartë të atyre kushteve. Efektet anësore mund të përfshijnë infeksione të majave vaginale, infeksione të traktit urinar, presion të ulët të gjakut dhe një rrezik më të lartë të ketoacidozës diabetike. Canagliflozin, por jo ilaçet e tjerë në këtë klasë, është e shoqëruar me rritjen e rrezikut të amputimit të gjymtyrëve të poshtme.
- ∞ Agonistët e receptorëve GLP-1. Këto ilaçe me injeksion ngadalësojnë tretjen dhe ndihmojnë në uljen e niveleve të glukozës në gjak. Përdorimi i tyre shpesh shoqërohet me humbje peshe. Efektet e mundshme anësore përfshijnë nauze dhe një rrezik në rritje të pankreatitit. Exenatide (Byetta, Bydureon), liraglutide (Victoza) dhe semaglutide (Ozempic) janë shembuj të agonistëve të receptorëve GLP-1. Hulumtimet e fundit kanë treguar se liraglutide dhe semaglutide mund të zvogëlojnë rrezikun e sulmit në zemër dhe strotkut në njerëz në njerëz me rrezik të lartë për këto sëmundje. [40]

Insulina

Njerëzit me diabet të tipit 2 mund të kërkojnë insulinë kur plani i ngrënies, humbja e peshës, stërvitja dhe ilaçet antidiabetike nuk arrijnë nivelet e synuara të glukozës në gjak. Diabeti është një sëmundje progresive dhe trupi mund të kërkojë injeksione të insulinës për të kompensuar

prodhimin e ulët të insulinës nga pankreasi. Trajtimi me insulinë mund ti bashkangjitet një medikamenti oral ose ta zëvendësojë atë plotësisht. Pavarësisht nga trajtimi, zakonet e jetesës (dieta, ushtrimet, menaxhimi i stresit) janë thelbësore për menaxhimin e diabetit. Kjo është arsyeja pse fillimi i trajtimit me insulinë nuk duhet parë kurrë si dështim. [41] Me përjashtim të insulinës, të gjithë ilaçet për diabetin kanë aftësi të kufizuar për uljen e glukozës. Prandaj, ndërsa përparon diabeti i tipit 2, insulina shpesh është e nevojshme për të arritur synime glicemike gati-normale dhe për të shmangur ndërlikimet. [42]

Që terapia me insulinë ose ndonjë trajtim me tjetër medikament të jetë i suksesshëm, është e rëndësishme që mjeku jo vetëm të vendosë qëllime glicemike, por t'i komunikojë pacientit këto qëllime. Matja e HbA1c ndihmon në arritjen e një qëllimi afatgjatë, por edhe pacientët duhet ti përshtaten qëllimeve të vendosura nga mjeku, ose të jenë të vetëdijshëm se çfarë duhet të bëjnë nëse nuk përmbushin dot objektivat. Kuptimi i pacientëve për aftësitë e vetë-menaxhimit dhe fuqizimin e tyre është themelor për terapinë me insulinë.[43] Terapia me insulinë ofron efektin më të fuqishëm antihyperglicemik nga të gjithë agjentët e diabetit dhe ka një aftësi unike për të normalizuar gliceminë në pacientët e sapo diagnostikuar. [44].

Disa prej llojeve të insulinave të përdorura për trajtimin e DM 2 janë:

- ∞ Me veprim të shpejtë(Humalog, Novolog, Apidra). Keto lloje insulinash veprojnë brenda 15 minutash ose më pak, të cilat merret para vaktit. Te dikush pa diabet tip 2, trupi çliron sasinë e duhur të insulinës kur ha, është insulina që duhet t'i ndihmojë ata të përpunojnë dhe përdorin karbohidratet në ushqim. Ai çlirim i insulinës në kohën e ngrënies quhet sekretim i bolusit. Insulina me veprim të shpejtë imiton sekretimin e bolusit.
- ∞ Me veprim të rregullt ose me veprim të shkurtër(Velosulin). Insulina e rregullt (e quajtur edhe me veprim të shkurtër) vepron brenda brenda 30 minutash. Merret para ngrënies, por efekti i saj zgjat më shumë se insulina me veprim të shpejtë. Insulina e rregullt ose me veprim të shkurtër gjithashtu imiton sekretimin e bolusit.
- ∞ Me veprim të ndërmjetëm(NPH). Kjo lloj insuline zgjat për 10-16 orë. Në përgjithësi merret dy herë në ditë dhe përdoret për të imituar sekretimin bazal. Sekreti bazë është sasia e vogël e insulinës që duhet gjithmonë në gjak.
- ∞ Me veprim të gjatë(Glargine, Detemir): Ngjason me insulinën me veprim të ndërmjetëm, insulina me veprim të gjatë ndihmon sekretimin bazal. Insulina me veprim të gjatë zgjat për 20-24 orë, prandaj duhet ta merrni vetëm një herë në ditë ose të kombinuar me insulinë me veprim të ndërmjetëm dy herë në ditë.
- ∞ Para-miks(Humulin, Novoline, Humolog): Një insulinë e para-miks kombinon dy lloje të tjera të insulinës, p.sh një insulinë me veprim të shpejtë dhe një me veprim të ndërmjetëm. [45]

Dieta

Zhvillimet aktuale në trajtimin e diabetit të tipit 2 përqendrohet në arritjen e normoglicemisë përmes dietës, aktivitetit fizik dhe terapisë së medikamenteve. Dietologët klinikë janë partnerë qendrorë në menaxhimin e diabetit të tipit 2 dhe terapia e të ushqyerit konsiderohet ende terapia e

linjës së parë të zgjedhur. Roli i një nutricionisti në trajtimin e diabetit të tipit 2 është të sigurojë një dietë të përshtatshme ushqimore për pacientët, e pakomplikuara nga episodet e hipoglicemisë. Në këtë rol, nutricionistët klinikë duhet të jenë të vetëdijshëm për ndërveprimet e mundshme të ilaçeve me terapinë dietike.[46] Dieta është njohur gjithmonë si gur themeli në menaxhimin e diabetit, rekomandimet dietike evoluojnë vazhdimisht. Tani ekziston një farë konsensusi se qëllimet e terapisë mjekësore ushqimore duhet të jenë arritja dhe / ose ruajtja e një peshe të arsyeshme trupore, për të siguruar kontrollin më të mirë të mundshëm të glicemisë dhe për të zvogëluar faktorët e rrezikut kardiovaskular. [47]

Ndërhyrjet në stilin e jetesës, përfshirë modifikimet dietike, luajnë një rol kryesor në trajtimin e diabetit të tipit 2. Nga gjysma e dytë e shekullit të kaluar, ndërhyrjet dietike si përdorimi i tërshërës ishin përdorur shpesh në pacientët me diabet, megjithatë, me futjen e përhapur të insulinës, kjo praktikë gradualisht ra në përdorim. Brenda dekadave të fundit, ndërhyrja origjinale e tërshërës, e përshkruar për herë të parë në 1903, është modifikuar drejt një ndërhyrje hipokalorike, me pak yndyrë dhe me bazë bimore. Kështu në një studim të bërë qëllimi ishte të hetonte rolin aktual të këtyre ndërhyrjeve dietike të tërshërës në trajtimin e pacientëve që vuajnë nga diabeti i tipit 2 të pa kontrolluar. Një fokus i veçantë u vu në mundësitë dhe pengesat për zbatimin e tij klinik dhe mekanizmat e mundshëm të veprimit. Edhe pse ka një numër të kufizuar të studimeve klinike duke përfshirë ndërhyrjet afatshkurtra hipokalorike të përdorimit të tërshërës, ka prova që këto ndërhyrje mund të çojnë në një ulje të konsiderueshme të niveleve mesatare të glukozës në gjak. Kështu ndërhyrjet e modifikuara afatshkurtra dietike të përdorimit tërshërës janë një mjet efektiv dhe ekonomik në trajtimin e pacientëve që vuajnë nga diabeti i tipit 2 të kontrolluar keq. [48].

Disa studime të ndryshme e vënë theksin në rëndësinë e dietës mesdhetare. Pasi MD (dieta mesdhetare) njihet si një nga modelet më të shëndetshme dietike dhe ka përfitime të tilla si përmirësimi i kontrollit të glicemisë midis pacientëve me diabet të tipit 2. [49]

Kështu për të përmbledhur rëndësinë e dietës mesdhetare në parandalimin dhe menaxhimin e diabetit të tipit 2. Bazuar në disa studime, dieta mesdhetare ka lidhje të anasjelltë me diabetin tip 2 dhe luan rol të rëndësishëm në menaxhimin e DM 2. Bazuar në provat e mbledhura dhe vlerësimet nga studime të ndryshme, u konkludua kombinimi dhe ndërveprimi i përbërësve të dietës mesdhetare, të tilla si; frutat, perimet, arrat, bishtajoret, drithërat, peshku dhe marrjet e moderuara të verës së kuqe, të cilat përmbajnë lëndë ushqyese thelbësore dhe veti promovuese të shëndetit, duke përfshirë fibra të larta, magnez të lartë, anti-oksidues të lartë dhe acide të larta yndyrore monounsaturata. Ndërveprimi dhe kombinimi i këtyre ushqyesve thelbësorë bën të mundur reduktimin e peshës së trupit, hemoglobinë e glukozuar e ulët (HbA1c), lipoproteinë me densitet të ulët dhe përmirësimi i nivelit të lipoproteinës me dendësi të lartë; të cilat janë të dobishme për parandalimin dhe përmirësimin e prognozës së diabetit tip 2. Si përfundim në shoqërinë moderne, zakonet e dobëta dietike të shoqëruara me aktivitet fizik të përshtatshëm shoqërohen me rrezikun e mbipeshes dhe diabetit tip 2. Promovimi i mënyrës së shëndetshme të jetesës dhe dietës nuk janë të dobishme vetëm në parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve të ndryshme, por gjithashtu të rëndësishme në ruajtjen e shëndetit të përgjithshëm. Kalimi nga dieta jo e shëndetshme në dietën e shëndetshme siç është dieta mesdhetare përfaqëson një zgjedhje të duhur të stilit të jetesës. [50]

Po ashtu konsumi i zakonshëm i një MD të pasur me vaj ulliri ekstra të virgjër përmirëson funksionin e endotelit në pacientët me prediabet dhe diabet. Kjo merr një rëndësi të madhe duke pasur parasysh që dieta duhet të jetë themeli i trajtimit të pacientëve me diabet me rrezik të lartë kardiovaskular dhe jo vetëm. [51]

Por çfarë është një dietë mesdhetare?

Dietat mesdhetare përfshijnë një përmbajtje të lartë perimesh. Perime të tilla si domate, specat, patëllxhanë, ullinj, dhe qepë jo vetëm që janë të shkëlqyera për nivelet e glukozës në gjak, por gjithashtu bëjnë vakte shumë tërheqës nga ana vizuale. [52]

Një dietë tradicionale mesdhetare kryesisht përbëhet nga:

- ∞ Peshk me vaj ulliri
- ∞ Mish nga shpemdët
- ∞ Fruta dhe perime të freskëta
- ∞ Bishtajoret
- ∞ Buka e freskët
- ∞ Makarona
- ∞ Vaj ulliri[52]

Pozicioni i Akademisë së të Ushqyerit dhe Dietetikës për të rriturit me prediabet ose diabet tip 2, sqaron për terapinë mjekësore ushqimore (MNT) e siguruar nga dietologët e regjistruar dietologë (RDN), e cila është efektive në përmirësimin e rezultateve mjekësore dhe cilësisë së jetës, është kosto- efektive dhe është gjithashtu e suksesshme dhe thelbësore për të parandaluar përparimin e prediabetit dhe mbipeshes në diabetin e tipit 2. Është thelbësore që MNT e siguruar nga RDN të integrohet në sistemet e kujdesit shëndetësor dhe në programet e shëndetit publik dhe të rimburohet në mënyrë adekuate. Udhëzimet e praktikës ushqyese të Akademisë të bazuara në evidencë për parandalimin e diabetit dhe menaxhimin e diabetit dokumentojnë prova të forta që mbështesin efektivitetin klinik të MNT të siguruar nga RDN. Efektiviteti i kostos është dokumentuar gjithashtu. Udhëzimet e praktikës së të ushqyerit rekomandojnë që si pjesë e kujdesit shëndetësor të bazuar në prova, ofruesit që kujdesen për individë me prediabet ose diabet tip 2 duhet të referohen në një RDN për MNT të individualizuar me diagnozën dhe në intervale të rregullta gjatë gjithë jetës si pjesë e regjimit të tyre të trajtimit. Standardet e kujdesit për tre nivele të praktikës së diabetit janë publikuar nga Grupi i Kujdesit dhe Edukimit për Diabetin. RDN janë gjithashtu të kualifikuar për të ofruar shërbime shtesë përtej MNT në kujdesin dhe menaxhimin e diabetit. Fatkeqësisht, ekzistojnë pengesa për të hyrë në shërbimet RDN. Rimbursimi për shërbimet është thelbësor. Organizatat kryesore mjekësore dhe shëndetësore kanë siguruar mbështetje për rolin thelbësor të MNT dhe RDN për parandalimin dhe trajtimin e diabetit të tipit 2. [53]

Aktiviteti fizik

Megjithëse aktiviteti fizik (PA) është një element kryesor në parandalimin dhe menaxhimin e diabetit të tipit 2, shumë me këtë sëmundje kronike nuk kryejn rregullisht PA, ose nuk kryejnë

fare. Studime me cilësi të lartë që përcaktonin rëndësinë e stërvitjes dhe aftësisë fizike në diabet mungonin deri vonë, por tani është vërtetuar mirë se pjesëmarrja në PA të rregullt përmirëson kontrollin e glukozës në gjak dhe mund të parandalojë ose vonojë diabetin e tipit 2, së bashku me ndikimin pozitiv të lipideve, presionit të gjakut, ngjarjet kardiovaskulare, dhe me cilësinë e jetës. Ndërhyrjet e strukturuar që kombinojnë PA dhe humbjen e moderuar të peshës kanë rezultuar në uljen e rrezikut të diabetit të tipit 2 deri në 58% në popullatat me rrezik të lartë. [54]

Aktiviteti fizik përmirëson kontrollin e glicemisë dhe zvogëlon rrezikun e CVD (sëmundjet kardiovaskulare) dhe vdekshmërisë në pacientët me DM 2. Aktiviteti fizik i moderuar deri në intensiv rekomandohet për të menaxhuar DM2, megjithatë, pacientët me DM 2 mund të jenë të dobët fizikisht, duke e bërë të vështirë përfshirjen në nivelet e rekomanduara të aktivitetit fizik. Aktiviteti fizik ditor përfshin aktivitete të ndryshme të kryera gjatë punës dhe kohës së lirë të tilla si ecja, kopshtaria dhe punët e shtëpisë që pacientët diabetikë të tipit 2 duhet të jenë në gjendje të kryejnë pa një ngarkesë të konsiderueshme fizike. Ky rishikim përqendrohet në shoqërimin midis aktivitetit fizik ditor dhe DM 2. Ecja ishte forma më e zakonshme e aktivitetit fizik ditor, me studime të shumta që demonstroi efektet e saj të dobishme në uljen e rrezikut të DM 2, CVD dhe vdekshmërisë. Ecja për të paktën 30 min në ditë u tregua se zvogëlonte rrezikun e DM 2 me afërsisht 50%. Për më tepër, ecja shoqërohej me një ulje të vdekshmërisë. Në të kundërt, të dhënat ishin jashtëzakonisht të kufizuara në lidhje me aktivitetet e tjera të përditshme fizike si kopshtaria dhe punët e shtëpisë të pacientët me T2D. [55]

Stili i jetesës në përgjithësi dhe veçanërisht aktiviteti fizik duhet të jetë një komponent i rëndësishëm në parandalimin dhe terapinë e diabetit të tipit 2. Për të fituar përfitime të konsiderueshme shëndetësore minimumi është 150 min aktivitet fizik të moderuar ose intensiv dhe aktivitete forcuese për muskujt në një javë janë të nevojshme. Për më tepër, pasiviteti duhet të njihet si rrezik për shëndetin dhe episodet e zgjatura të tij duhet të shmangen. Ushtrimet fizike në veçanti nuk janë të dobishme vetëm në përmirësimin e glicemisë duke ndikuar pozitivisht në sekretimin e insulinës, por janë të rëndësishme edhe për të zvogëluar rrezikun nga sëmundjet kardiovaskulare. Mundësia e programeve të aktivitetit fizik mendohet të standartizohet megjithatë ka pengesa për aprovim. Për të trajtuar këtë sfidë të shëndetit publik, Shoqatat Austriake të Diabetit synojnë të zbatojnë pozicionin e një "këshilltari të aktivitetit fizik" në kujdesin multi-profesional të diabetit. [56]

Një studim tjetër i vë në dukje të dyja edhe PA edhe dietën ushqimore në trajtimin e diabetit tipit 2. Qëllimi i këtij studimi ishte rishikimi i rolit të aktivitetit fizik dhe të ushqyerit në DM 2. Gjatë viteve të fundit, shoqata midis aktivitetit fizik dhe menaxhimit të diabetit mellitus të tipit II është vlerësuar nga një numër studimesh. Është vërtetuar mirë që aktiviteti fizik prodhon përfitime të përgjithshme dhe specifike shëndetësore për pacientët diabetikë. Parimet themelore të një programi efektiv ushtrimi janë intensiteti, kohëzgjatja dhe frekuenca e ushtrimeve në një mjedis të përshtatshëm. Zakonisht, programet e ushtrimeve me intensitet të ulët dhe me kohë të gjatë konsiderohen më të përshtatshmet për pacientët diabetikë. Lidhur me zgjedhjet dietike, është pranuar gjerësisht se ushqimi i shëndetshëm është baza për trajtimin e diabetit të tipit II, pasi kontribuon pozitivisht në mirëmbajtjen e glukozës në gjak brenda kufijve normalë dhe minimizon ndërlikimet e sëmundjes. [57]

5.7 ROLI INFERMIEROR NE VETEDUKIMIN E PACIENTËVE, PËR MËNYRAT E VETMENAXHIMIT TË DM 2.

Diabeti tip 2 po rritet në prevalencë, dhe infermierja është shpesh profesionisti kryesor i kujdesit shëndetësor që siguron kujdes për këta pacientë. DSN-të (infermierët specialist të diabetit) janë thelbësor në sigurimin e një kujdesi të mirë për pacientët dhe promovimin e menaxhimit të vetë-kujdesit. DSN-të punojnë tërësisht në kujdesin për diabetin dhe mund të punësohen në një sërë mjedisesh të kujdesit. Një DSN është shpesh pika e parë e kontaktit për njerëzit. DSN mund të përmirësojnë rezultatet e pacientit. I gjithë personeli infermieror ka një rol të rëndësishëm dhe përgjegjësi të qarta kur trajtojnë njerëzit me diabet. Ekipet infermiere nga i gjithë spektri infermieror duke përfshirë infermieret që punojnë në kujdesin parësor, infermieret që punojnë në shëndetin publik dhe infermierët e shkollës kanë më shumë të ngjarë të vijnë në kontakt me njerëzit që kanë diabet ose janë duke bërë teste për të diagnostikuar diabetin.[58].

Rolet dhe përgjegjësitë e ekipit infermieror në lidhje me kujdesin ndaj diabetit përfshijnë:

- ∞ Këshilla për parandalimin, duke përdorur ndryshimin e sjelljes dhe teknikat e trjnimimit shëndetësor
- ∞ Kontrollimi, parandalimi dhe zbulimi i hershëm i diabetit tip 2
- ∞ Nxitja e kujdesit për veten
- ∞ Sjellin në fokus si çështjet e shëndetit mendor mund të ndikojnë tek njerëzit me diabet
- ∞ Vlerësimi dhe plotësimi i nevojave ushqyese të pacientit
- ∞ Monitorimi i urinës
- ∞ Monitorimi i glukozës në gjak
- ∞ Terapitë orale
- ∞ Terapitë me injeksion
- ∞ Identifikimi dhe trajtimi i hipoglicemisë
- ∞ Identifikimi dhe trajtimi i hiperclicemisë. [58]

Diabeti mellitus ndryshon vazhdimisht jetën e një pacienti. Vetë-kujdesi i pacientit, i përbërë nga injeksione të përditshme të insulinës ose agjentë oralë anti-diabetikë, vetë-monitorimi i glukozës në gjak dhe dieta diabetike ka një ndikim në QOL(cilësia e jetës). Për këtë arsye u zhvillua një studim. Qëllimi i këtij studimi ishte vlerësimi i cilësisë së jetës për pacientët me diabet mellitus tip II, zhvillimi dhe implementimi i një programi edukues infermieror për pacientët me diabet mellitus tip II, për të vlerësuar efektin e zbatimit të programit shëndetësor infermieror në cilësinë e jetës për pacientët me diabet mellitus të tipit II para dhe pas dy muajsh nga aplikimi i programit. Studimi u krye në departamentin e mjekësisë së brendshme, klinikën e mjekësisë së brendshme dhe diabetit në Spitalin Universitar (Assiut – Egjipt). Gjashtëdhjetë pacientë të rritur u ndanë rastësisht në mënyrë të barabartë në dy grupe (grupi i studimit dhe grupi i kontrollit) tridhjetë për secilin grup. Si rezultat, në grupin e kontrollit 40% e pacientëve diabetikë kishin rezultat të mira të QOL , ndërsa në grupin e studimit 100% kishin cilësi të mirë të jetës pas aplikimit të programit. Kështu rezultatet e studimit aktual arritën në përfundimin se: sipas grupit të kontrollit, nuk kishte asnjë ndryshim statistikor të rëndësishëm në program para dhe pas në të gjitha fushat e shkallës së cilësisë së jetës. Ndërsa në grupin e studimit, kishte një efekt mjaft të rëndësishëm të programit i

edukuimit shëndetësor infermieror, në promovimin e cilësisë së jetës në shkallën e fushave fizike, psikologjike dhe sociale. Pra sigurimi i këtij programi rezultoi efektiv në grupin e studimit. [59]

Diabeti tip 2 është një gjendje komplekse, për të cilën shumica e menaxhimit bëhet nga vetë pacienti. Sjelljet e vetë-menaxhimit, të tilla si ngrënia e një diete të shëndetshme, marrja e ushtrimeve të rregullta, vetë-monitorimi i niveleve të glukozës në gjak dhe marrja e ilaçeve të përshkruara, të gjitha shoqërohen me kontroll të mirë të glicemisë, dhe kështu duhet të inkurajohen. Promovimi i vetë-menaxhimit kërkon një qasje bashkëpunuese, të përbashkët, ku pacienti ka një rol aktiv në kujdesin e tij, ndërkohë që autonomia dhe preferencat e tyre personale duhet të respektohen nga personeli infermieror. Kjo është gjithashtu në përputhje me Këshillin e Infermierisë dhe Mamisë, i cili thotë se infermierja duhet të veprojë në partneritet me pacientin, dhe të inkurajojë, marrjen dhe ndarjen e vendimeve në lidhje me kujdesin dhe trajtimin e tyre. Sidoqoftë, kjo qasje funksionon më mirë kur infermierja, dhe pacienti, dëshirojnë të përqafojnë fuqizimin dhe mund të kërkojnë një ndryshim në praktikë nga infermierja, drejt një qasjeje më komunikuese, ku i gjithë fokusi është në nevojat e pacientit. Infermierja duhet të marrë një qasje holistike, duke njohur pengesat që pacienti mund të ketë për të vetë-menaxhuar, dhe të kërkojë t'i adresojë këto. [60]

Mbi 29 milion njerëz në Shtetet e Bashkuara kanë diabet, me një shtesë prej 86 milionësh që jetojnë me prediabet. Në njësitë spitalore spitalore vlerësohet se 50% e pacientëve të pranuar kanë diabet si një diagnozë primare ose sekondare. Kampionët e infermierëve (shihen si profesionistë kompetentë dhe të besueshëm që janë në gjendje të ndikojnë te të tjerët për të adoptuar praktika të reja dhe të dobishme, por nuk janë domosdoshmërisht figura autoriteti në role të përcaktuara zyrtarisht) kanë përmirësuar rezultatet dhe cilësinë e jetës për pacientët nëpër mjedise të ndryshme klinike. Zbatimi i një modeli kampion infermierësh jo vetëm që përmirëson ndjeshëm njohuritë dhe të infermierëve, por gjithashtu përmirësoi rezultatet shëndetësore të pacientëve diabetikë duke përfshirë uljen e niveleve të hemoglobinës të glukozuar, përmirësoi cilësinë e jetës, uljen e ritmeve të ripranimit, rezultate të përmirësuara hipoglicemike dhe humbje më të madhe e peshës në pacientët me diabet të tipit 2. Përmirësimi i rezultateve të pacientëve diabetikë mund t'i kursejë spitalit një shumë të konsiderueshme parash dhe të krijojë një standard më të lartë të kujdesit në të gjithë fushën e kujdesit shëndetësor. Rezultatet më të mira të pacientit janë të mira jo vetëm për pacientin, por edhe për spitalin dhe infermierët. Zbatimi i modeleve të kampionëve të infermierëve në praktikën e infermierisë mund të përmirësojë ndjeshëm rezultatet dhe cilësinë e jetës së pacientit, si dhe performancën e infermierisë. Modelet kampionëve të infermierëve gjithashtu mund të krijojnë role të reja drejtuese në infermierinë. [61]

Sipas një studimi të zhvilluar u bë i mundur vlerësimi i aftësisë së të mësuarit nga infermierët të pacientët në lidhje me ndryshimet metabolike. Kështu 182 pacientë u randomizuan. Rezultatet treguan se HbA1c u ul ndjeshëm në ndjekjen 12-mujore me 5 mmol /mol. Si përfundim vetë-menaxhimi, i udhëhequr nga infermierët, mund të ulë HbA1c në mesin e pacientëve me diabet të tipit 2. [62]

5.8 VETMENAXHIMI I DIABETIT NGA VETË PACIENTI

Diabeti mellitus (DM) është një çrregullim metabolik kronik progresiv i karakterizuar nga hiperglicemia kryesisht për shkak të mungesës absolute (Tipi 1 DM) ose relative (Tipi 2 DM) i mungesës së hormonit të insulinës. Organizata Botërore e Shëndetësisë vlerëson se më shumë se 346 milion njerëz në të gjithë botën kanë DM. Ky numër ka të ngjarë të dyfishohet deri në vitin 2030 pa ndonjë ndërhyrje. Ekzistojnë shtatë sjellje thelbësore të vetë-kujdesit tek njerëzit me diabet të cilat parashikojnë rezultate të mira, ku përmendim të ushqyerit e shëndetshëm, të qenit aktiv fizikisht, monitorimi i sheqerit në gjak, përdorimi i duhur i medikamenteve, aftësi të mira për zgjidhjen e problemeve, aftësi të shëndetshme të përballimit dhe sjellje të zvogëlimit të rrezikut. Të gjitha këto shtatë sjellje janë gjetur të lidhura pozitivisht me kontrollin e mirë të glicemisë, zvogëlimin e ndërlikimeve dhe përmirësimin e cilësisë së jetës. Faktorë të shumtë demografikë, social-ekonomikë dhe mbështetës social mund të konsiderohen si kontribues pozitivë në lehtësimin e aktiviteteve të vetë-kujdesit në pacientët diabetikë, roli i klinikistëve në promovimin e vetë-kujdesit është jetik dhe duhet të theksohet. Duke kuptuar natyrën shumëplanëshe të problemit, kërkohet një qasje sistematike, shumëplanëshe dhe e integruar për promovimin e praktikave të vetë-kujdesit tek pacientët diabetikë për të shmangur çdo ndërlikim afatgjatë. [63]

Edukimi i vetë-menaxhimit të diabetit është një pjesë thelbësore e kujdesit për diabetin, por ndikimi i tij në rrezikun e vdekshmërisë së të gjitha shkaqeve të pacientëve me diabet të tipit 2 është i paqartë. Është kryer një rishikim sistematik dhe meta-analizë që synon të sqarojë ndikimin e edukimit të vetë-menaxhimit të diabetit në rrezikun e vdekjes për të gjitha shkaqet e pacientëve me diabet të tipit 2. Vetëm provat e kontrolluara të rastësishme që krahasojnë edukimin për vetë-menaxhim të diabetit me kujdesin e zakonshëm në pacientët me diabet tip 2 dhe raportojnë rezultatet për një ndjekjeje prej të paktën 12 muajsh u konsideruan të pranueshme. [64]

Janë përfshirë në studim 13,017 pjesëmarrës. Koha mesatare e ndjekjes ishte 1.5 vjet. Vdekshmëria ndodhi në 159 pjesëmarrës (2.3%) në grupin e edukimit të vetë-menaxhimit të diabetit dhe në 187 (3.1%) në grupin e zakonshëm të kujdesit, edukimi i vetë-menaxhimit të diabetit uli ndjeshëm rrezikun e vdekshmërisë së të gjitha shkaqeve në pacientët me diabet të tipit 2. Te analizat e nëngrupeve të studimeve me kohëzgjatje më të gjatë të ndjekjes (>51.5 vjet) ose madhësi më të madhe të mostrës u gjetë gjithashtu një efekt i rëndësishëm i edukimit të vetë-menaxhimit të diabetit në uljen e rrezikut të vdekshmërisë midis diabetit të tipit 2. Efekt i rëndësishëm i edukimit të vetë-menaxhimit të diabetit në zvogëlimin e rrezikut të vdekshmërisë u gjet gjithashtu në ata pacientë që marrin informacione për mënyrën vetë-menaxhues të diabetit me orë kontakti më shumë se 10 orë në krahasim me grupet e tjera. Cilësia e evidencës për efektin e edukimit të vetë-menaxhimit të diabetit në zvogëlimin e rrezikut të vdekjes për të gjitha shkaqet tek pacientët me diabet të tipit 2 u vlerësua si e moderuar, sipas metodës së Vlerësimit, Zhvillimit dhe Vlerësimit të Rekomandimeve, dhe zvogëlimin absolut të rrezikut të të gjithë -shkaku i vdekshmërisë së pacientëve diabetikë të tipit 2 nga edukimi i vetë-menaxhimit të diabetit u vlerësua të ishte 4 më pak për 1000 persona-vjet (nga 1 më pak në 6 më pak). Evidencat e disponueshme sugjerojnë që edukimi për vetë-menaxhim të diabetit mund të zvogëlojë rrezikun e vdekshmërisë për të gjitha shkaqet te pacientët me diabet të tipit 2. Provat e mëtejshme klinike me kohë më të gjatë të ndjekjes janë të nevojshme për të vërtetuar gjetjen e mësipërme. [64]

Edukimi i pacientit për menaxhimin e diabetit Tipi 2 mund të jepet në forma të ndryshme, me qëllim promovimin dhe mbështetjen e sjelljeve pozitive të vetë-menaxhimit. Kështu në një studim u synua të përcaktohej efektiviteti i ndërhyrjeve të bazuara në grup krahasuar me ndërhyrjet individuale ose kujdesin e zakonshëm për përmirësimin e rezultateve klinike, të jetesës dhe psikosociale në njerëzit me diabet të tipit 2. U përfshinë programet edukuese të bazuara në grupe për të rriturit me diabet Tipi 2 që matnin hemoglobinën e glukozuar (HbA1c) dhe pjesëmarrësit u ndoqën për ≥ 6 muaj. Rezultati kryesor ishte HbA1c, dhe rezultatet dytësore përfshinin glukozën në gjak, peshën, indeksin e masës trupore, perimetrin e belit, presionin e gjakut, e lipidet në gjak, njohuritë për diabetin dhe vetë-efikasitetin e tyre. Pesëdhjetë e tre botime që përshkruajnë 47 studime u përfshinë (n = 8533 pjesëmarrës). Reduktime më të mëdha në HbA1c ndodhën në grupet krahasuar ato individuale në 6-10 muaj. Diferenca mesatare (MD) = 3 mmol / mol (0.3%). Rezultatet gjithashtu favorizuan edukimin shëndetësor e bazuar në grupe për glukozën në gjak për peshën trupore, perimetrin e belit, nivelet e triglicerideve dhe njohuritë për diabetin. Ndërhyrjet e lehtësuara nga një disiplinë e vetme, ekipe multidisiplinare ose profesionistë të shëndetit me mbështetës të kolegëve rezultuan në rezultate të përmirësuara në HbA1c kur krahasohen me ndërhyrjet e drejtuara nga kolegët. Ndërhyrjet me edukimin shëndetësor të bazuara në grupe janë më efektive sesa kujdesi i zakonshëm, kontrolli i listës së pritjes dhe edukimi individual në përmirësimin e rezultateve klinike, të jetesës dhe psikosociale në njerëzit me diabet tip 2. [65]

Një rishikim sistematik i studimeve cilësore të mjekëve dhe infermierëve arriti në përfundimin se pasiguritë në lidhje me udhëzimet e menaxhimit, rezultatet dhe fillimin e insulinës janë pengesa për menaxhimin efektiv të diabetit të tipit 2. [66]

6. PJESA STUDIMORE

6.1. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT

∂ Qëllimi i studimit

Vlerësimi i nivelit të vetmenaxhimit të diabetit tipi 2 te pacientët që trajtohen nga mjeku i familjes në qendra shëndetësore në qytetin e Vlorës si dhe identifikimi i faktorëve të mundshëm dhe pengesave që ndikojnë në vetmenaxhimin dhe vetëkujdesin e sëmundjes.

∂ Objektivat specifike

- ∞ Identifikimi i aftësive vetëmenxhuese te pacienët
- ∞ Vlerësimi i aftësive vetmenaxhuese te pacientët
- ∞ Vlerësimi i lidhjes së aftësive vetmenaxhuese dhe gjinisë
- ∞ Vlerësimi i lidhjes se aktivitetit fizik dhe njohurive për vetmenaxhim
- ∞ Vlerësim i lidhjes se dietës ushqimore dhe aftësive vetmenaxhuese
- ∞ Vlerësim i lidhjes se paaftësive fizike dhe aftësisë për vetmenaxhim
- ∞ Vlerësim i lidhjes se shkollimit dhe njohurive për vetmenaxhim

∂ Hipoteza alternative

- ∞ Ka një lidhje sinjifikante midis gjinise dhe menyrës së ushqyerjes.
- ∞ Ka një lidhje sinjifikante midis gjinise edhe aktivitetit fizik
- ∞ Ka një lidhje sinjifikante midis gjinise edhe paaftësisë.
- ∞ Ka një lidhje sinjifikante midis shkollimit dhe njohurive për vetmenaxhim.

∂ Hipotëza 0

- ∞ Nuk ka lidhje midis gjinisë dhe njohurive për vetmenaxhim.

6.2. METODOLOGJIA

∂ LLOJI I STUDIMIT

Studimi ishte i tipit transversal. Të dhënat e studimit u mblodhën në periudhën Qershor –Korrik 2020 nëpërmjet një pyetësi standart anonim të bazuar në literaturë. Shpërndarja e pyetësorit u krye nëpërmjet platformës google form. Identifikimi i personave me diabet tipi 2 u krye nga regjistrat e mjekut të familjes. Pyetësi përbëhej nga 5 seksione me pyetje për vetëmenaxhimin e diabetit si dhe një seksion për të dhënat socio--demografike. Në studim u përfshin 134 pacientë të grupmoshës 18-85 vjec.

∂ **Kriteret e perfshirjes:**

∞ Pacientë të diagnostikuar me DM 2

∂ **Kriteret e perjashtimit:**

∞ Pacientë të diagnostikuar me sëmundje të tjera kronike

6.3. INSTRUMENTI I MBLLEDHJES SE TË DHËNAVE

Të dhënat e studimit u mblodhën nëpërmjet pyetësorit standart anonim. Pyetësi i përdorur është i referuar në literaturë, nga Eëller SC, Baer R, Nash A, Perez N. “*Discovering successful strategies for diabetic self-management: a qualitative comparative study*” në revistën “BMJ Open Diabetes Res Care”. Pyetësi është i organizuar në 5 seksione:

- 1- Karakteristikat socio-demografike
- 2- Mjekimet e përdorura dhe monitorimi i glukozës
- 3- Dieta
- 4- Aftësi e kufizuar, ushtrimet dhe aktiviteti fizik
- 5- Informacioni mbi diabetin dhe mbështetja sociale.

Pyetësi u administrua nëpërmjet platformës elektronike google form. Identifikimi i personave me diabet që përmbushnin kriteret e përfshirjes në studim u krye nëpërmjet regjistrave të mjekut të familjes në qendrat shëndetësore të Vlorës. Përzgjedhja e tyre ishte e rastësishme. Ata u kontaktuan me telefon dhe pasi in formoheshin në lidhje me qëllimin e studimit, u merrej konsenti verbal për të plotësuar pyetësin. Përveç kësaj pyetësi ishte anonim, dhe në asnjë moment nga të dhënat nuk ishte e mundur identifikimi i pjesëmarrësve. Gjithashtu, në formatin elektronik, pjesëmarrësit kishin mundësi të jepnin konsentin para fillimit të plotësimit të pyetësit duke shprehur miratimin e tyre të shkruar. U respektuan të gjitha parimet etike të kryerjes së një studimi shkencor si dhe Deklarata e Helsinkit.

6.4 ANALIZA STATISTIKORE E TË DHËNAVE

Analiza statistikore u krye me programin statistikor SPSS. Kjo analizë konsistoi në llogaritjen e mesatareve, frekuencës, përqindjeve, përqindjeve kumulative dhe intervaleve të besimit. Lidhja midis dietës ushqimore, aktivitetit fizik, shkollimit, dhe gjinisë u krye nëpërmjet tabelave të kryqëzuara. Vlera të $p \leq 0.05$ u konsideruan statistikisht sinjifikate, që do të thotë që për vlerat e mësipërme të p kishte lidhje midis variablit dhe njohurive/aftësisë për vetmenaxhim.

6.5 KONSIDERATA ETIKE

Edhe pse leja etike ishte përgatitur për mbledhjen e të dhenave në pacientët diabetik të hospitalizuar në Spitalin Rajonal Vlorë gjatë periudhës së kryerjes së studimit, pandemia e COVID-19 nuk e mundësoi realizimin e studimit në grup-popullatën e lartpërmendur. Duke iu

përshtatur situatës mbledhja e të dhënave u krye online duke respektuar të gjitha parimet etike dhe anonimatit

6.6 PËRKUFIZIME KONCEPTUALE

Përkufizimet e mëposhtme japin një qartësim për termat të cilat janë të përdorur më së shumti gjatë këtij punimi:

Përkufizimi i termit “**Diabet melitus tipi 2**“

Një sëmundje në të cilën aftësia e trupit për të prodhuar ose reaguuar ndaj hormonit të insulinës është e dëmtuar, duke rezultuar në metabolizëm anormal të karbohidrateve dhe nivele të ngritura të glukozës në gjak.

Përkufizimi i termit “**Pacient**“

Një person që merr ose është regjistruar për të marrë trajtim mjekësor.

Përkufizimi i termit “**Vetmenaxhim**“

Marrja e përgjegjësisë për sjelljen dhe mirëqenien e vet.

7. REZULTATET

KARAKTERISTIKA TË PËRGJITHSHME TË POPULLATËS SË STUDIMIT, n=134

Në tabelen 1 janë paraqitur karakteristika të moshës 119 kanë deklaruar moshën, mesatarja 42.7 vjeç, SD± 15.5. Moshë më e vogël është 18 dhe moshë më e madhe është 85.

Tabela 1. Karakteristika të moshës

	Obs	Total	Mean	Var	Std Dev	Min	25%	Median	75%	Max	Mode
Mosha (vjeç)	119	5088	42.7563	241.6265	15.5443	18	30	43	53	85	30

Në tabelën 2 janë paraqitur karakteristika të gjinisë, kemi 41 meshkuj dhe 93 femra, n=134.

Tabela 2. Karakteristika të gjinisë.

Gjinia	Frekuenca	Përqindja	Përqindjet Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
femer	93	69.40%	69.40%	60.86%	77.07%
mashkull	41	30.60%	100.00%	22.93%	39.14%
TOTAL	134	100.00%	100.00%		

Në tabelën 3 janë paraqitur karakteristika të punësimit të pacientëve. 51.49% kanë deklaruar se janë të punësuar. 34.3% kanë deklaruar se janë të papunë. 14.48% kanë deklaruar se janë pensionist.

Tabela 3. Karakteristika të punësimit

Punesimi	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Ne pune	69	51.49%	51.49%	42.71%	60.21%
Pa pune	46	34.33%	85.82%	26.35%	43.02%
pensionist	19	14.18%	100.00%	8.76%	21.25%
TOTAL	134	100.00%	100.00%		

Në tabelën 4 është paraqitur mjekimi i përdorur për diabetin. 39.85% kanë deklaruar se nuk përdorin mjekim për diabetin (dietë). 21.05% përdorin si mjekim vetëm insulinë. 11.28% përdorin insulin+medikamente orale. 27.82% përdorin vetëm terapi orale.

Tabela 4. Mjekimi i përdorur për diabetin.

Mjekimi për diabetin	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Asnje	53	39.85%	39.85%	31.47%	48.70%
Insulin	28	21.05%	60.90%	14.47%	28.97%
Insulin dhe oral	15	11.28%	72.18%	6.45%	17.92%
oral	37	27.82%	100.00%	20.40%	36.25%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 5 jepen karakteristikat e mjekimit. 68.93% kanë më pak se 5 vite që përdorin mjekim. 8.74% kanë më pak se 16 vite që përdorin mjekim dhe 22.33% kanë 6-10% që përdorin mjekim.

Tabela 5. Kohëzgjatja e mjekimit të përdorur.

Kohëzgjatja e mjekimit	Frekuenca	Përqindja	Përqindjet kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
<5 vite	71	68.93%	68.93%	59.06%	77.69%
16< vite	9	8.74%	77.67%	4.07%	15.94%
6–10 vite	23	22.33%	100.00%	14.71%	31.60%
TOTAL	103	100.00%	100.00%		

Në tabelën 6 paraqiten të dhënat nëse pacientët kanë ose jo sëmundje shoqëruese. 67.7% kanë deklaruar se nuk kanë sëmundje shoqëruese. 32.33% kanë deklaruar se kanë sëmundje shoqëruese.

Tabela 6. Prania e sëmundjeve shoqëruese.

Sëmundje shoqëruese	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm

Jo	90	67.67%	67.67%	59.02%	75.52%
Po	43	32.33%	100.00%	24.48%	40.98%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

KARAKTERISTIKA TË MJEKIMIT TË PËRDORUR DHE MONITORIMI I GLUKOZËS.

Në tabelen 7 paraqiten përgjigjet nëse pacientët kane ndryshuar mjekimin e tyre. 66.67% përgjigjen se nuk e kanë anashkaluar/reduktuar mjekimin. 23.36% oërgjigjen se e kanë anashkaluar/reduktuar mesatarisht dhe 10.08% përgjigjen se e kanë reduktuar/anashkaluar mjekimin e tyre.

Tabela 7. Respektmi i mjekimit.

A keni reduktuar/anashkaluar mjekimin tuaj?.	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	86	66.67%	66.67%	57.83%	74.72%
Mesatarisht	30	23.26%	89.92%	16.27%	31.51%
Po	13	10.08%	100.00%	5.48%	16.62%
TOTAL	129	100.00%	100.00%		

Në tabelën 8 paraqiten përgjigjet e pacientëve në lidhje me kutinë e medikamenteve. 30.71% janë përgjigjur se kutia e medikamenteve nuk I ka ndihmuar si kujtesë për mjekimin. 13.39% jane përgjigjur se I ka ndihmuar mesatarisht. 55.91% janë përgjigjur se I ka ndihmuar si kujtesë për mjekimin.

Tabela 8. A ka ndihmuar kutia e medikamenteve si kujtesë për mjekimet.

Ka ndihmuar kutia e medikamenteve si kujtesë per ilacet e perdor	Frequency	Percent	Cum. Percent	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	39	30.71%	30.71%	22.83%	39.51%
Mesatarisht	17	13.39%	44.09%	8.00%	20.56%
Po	71	55.91%	100.00%	46.83%	64.70%
TOTAL	127	100.00%	100.00%		

Në tabelën 9 janë paraqitur përgjigjet përsa I përket kontrollit të glicemisë. 7.52% janë përgjigjur se e kontrollojnë 2 herë në ditë. 24.81% janë përgjigjur se e kontrollojnë asnjëherë. 4.51% janë përgjigjur se e masin më shumë se 2 herë në ditë. 36.84% janë përgjigjur se e kontrollojnë ndonjëherë dhe 26.32% se e masin gliceminë një herë në ditë.

Tabela 9. Sa shpesh e monitoroni glukozën?

Sa shpesh e monitoroni glukozën ?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	95% intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit sipërm
2 here ne dite	10	7.52%	7.52%	3.66%	13.39%
Jo/asnjehere	33	24.81%	32.33%	17.74%	33.04%
Më shumë se 2 herë ne ditë	6	4.51%	36.84%	1.67%	9.56%
Ndonjëherë	49	36.84%	73.68%	28.65%	45.64%
Nje here ne dite	35	26.32%	100.00%	19.06%	34.65%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelen 10 janë paraqitur përgjigjet nëse pacientët e dinë hemoglobinën e glukozuar. 84.21% janë përgjigjur me nuk e di dhe 15,79% janë përgjigjur me po(e di).

Tabela 10. Sa e keni hemoglobinën e glukozuar.

Sa e keni hemoglobinën e glukozuar (Hba1c)	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
nuk e di	112	84.21%	84.21%	76.88%	89.95%
po	21	15.79%	100.00%	10.05%	23.12%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

USHQYERJA DHE DIETA USHQIMORE

Në tabelën 11 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me përdorimin e sheqerit. 8.96% janë përgjigjur se nuk e kanë reduktuar sheqerin ne ushqyerjen e tyre, 29.10% janë përgjigjur se e kanë reduktuar mesatarisht dhe 61.94% pergjigjen me po(e kanë reduktuar.

Tabela 11. Reduktimi i sheqerit ne dietën ushqimore.

A keni reduktuar sheqerin ne ushqyerjen tuaj?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	12	8.96%	8.96%	4.71%	15.12%
Mesatarisht	39	29.10%	38.06%	21.58%	37.57%
Po	83	61.94%	100.00%	53.16%	70.18%
TOTAL	134	100.00%	100.00%		

Në tabelen 12 jane paraqitur përgjigjet në lidhje me përdorimin e zëvendësuesve të sheqerit në dietën ushqimore. 42.54% janë përgjigjur se nuk përdorin, 73.13% janë përgjigjur se përdorin mesatarisht dhe 26.87% janë përgjigjur me po(përdorin).

Tabela 12. Përdorimi i zëvendësuesve të sheqerit ne dietë.

A perdorni zëvendësues te sheqerit ne dieten tuaj?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative.	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	57	42.54%	42.54%	34.04%	51.37%
Mesatarisht	41	30.60%	73.13%	22.93%	39.14%
Po	36	26.87%	100.00%	19.58%	35.20%
TOTAL	134	100.00%	100.00%		

Në tabelën 13 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me përdorimin e sjelljeve që pacientët I devijojnë nga dieta diabetike që përdorin. 46.97% janë përgjigjur me jo(nuk përdorin), 43.18% janë përgjigjur se përdorin mesatarisht dhe 9.85% janë përgjigjur me po(përdorin).

Tabela 13. Përdorimi i sjelljeve qe i devijojnë nga dieta diabetike.

A perdorni sjellje qe ju devijojne nga dieta diabetike qe ndiqni	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	62	46.97%	46.97%	38.23%	55.85%
Mesatarisht	57	43.18%	90.15%	34.59%	52.08%
Po	13	9.85%	100.00%	5.35%	16.25%

TOTAL	132	100.00%	100.00%		
--------------	------------	----------------	----------------	--	--

Në tabelën 14 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me përdorimin e pijeve me përmbajtje sheqeri. 4.36% janë përgjigjur me jo(nuk përdorin), 34.59% janë përgjigjur se përdorin mesatarisht pije me përmbajtje sheqeri dhe 21.05% janë përgjigjur me po.

Tabela 14. Përdorimi i pijeve me përmbajtje sheqeri.

A përdorni pije me përmbajtje sheqeri ?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95%intervali i besimit i sipërm
Jo	59	44.36%	44.36%	35.75%	53.22%
Mesatarisht	46	34.59%	78.95%	26.56%	43.32%
Po	28	21.05%	100.00%	14.47%	28.97%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 15 janë paraqitur përgjigjet nëse pacientët përdorin pije dietike. 54.48% janë përgjigjur me jo (nuk përdorin), 20.15% janë përgjigjur se përdorin mesatarisht dhe 25.37% janë përgjigjur me po(përdorin).

Tabela 15. Përdorimi i pijeve dietike.

A përdorni pije dietike?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95%intervali i besimit i sipërm
Jo	73	54.48%	54.48%	45.65%	63.10%
Mesatarisht	27	20.15%	74.63%	13.72%	27.95%
Po	34	25.37%	100.00%	18.26%	33.61%
TOTAL	134	100.00%	100.00%		

Në tabelën 16 janë paraqitur përgjigjet se sa I kanë reduktuar pacientët ushqimet me përmbajtje niseshteje. 14.18% janë përgjigjur me jo(nuk I kanë reduktuar), 64.18% janë përgjigjur se I kanë reduktuar mesatarisht dhe 21.64 janë përgjigjur me po(I kanë reduktuar).

Tabela 16. Reduktimi i ushqimeve me përmbajtje niseshteje.

Sa i keni reduktuar ushqimet me përmbajtje niseshteje	Frekueca	95%intervali i besimit i poshtëm	95%intervali i besimit sipërm	95%intervali i besimit i poshtëm	95%intervali i besimit i sipërm
Jo	19	14.18%	14.18%	8.76%	21.25%
Mesatarisht	86	64.18%	78.36%	55.44%	72.27%
Po	29	21.64%	100.00%	15.00%	29.58%
TOTAL	134	100.00%	100.00%		

Në tabelën 17 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me konsumin e frutave dhe perimeve. 5.26% janë përgjigjur me jo(nuk e kanë rritur konsumin. 18.05% janë përgjigjur se e kanë rritur mesatarisht konsumin dhe 76.69% janë përgjigjur me po(e kanë rritur konsumin).

Tabela 17. Rritja e konsumit të frutave dhe perimeve.

A keni rritur konsumin e frutave dhe perimeve?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95%intervali i besimit i sipërm
Jo	7	5.26%	5.26%	2.14%	10.54%
Mesatarisht	24	18.05%	23.31%	11.92%	25.65%
Po	102	76.69%	100.00%	68.58%	83.58%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 18 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me përdorimin e ushqimeve me përmbajtje amidoni.24.06% janë përgjigjur me jo(përdorin ushqime me përmbajtje amidoni). 41.35% janë përgjigjur se përdorin mesatarisht ushqime pa përmbajtje amidoni dhe 34.59% janë përgjigjur me po(përdorin ushqime pa përmbajtje amidoni).

Tabela 18. Përdorimi i ushqimeve pa përmbajtje amidoni.

A përdorni perime pa përmbajtje amidoni(niseshteje)	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95%intervali i besimit i sipërm
Jo	32	24.06%	24.06%	17.08%	32.23%
Mesatarisht	55	41.35%	65.41%	32.89%	50.21%

Po	46	34.59%	100.00%	26.56%	43.32%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 19 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me përdorimin e frutave si një vakt të lehtë. 12.03% janë përgjigjur me jo(nuk përdorin), 25.56% janë përgjigjur se përdorin mesatarisht fruta si një vakt të lehtë dhe 62.41% janë përgjigjur me po.

Tabela 19. Përdorimi I frutave si një vakt i lehtë.

A përdorni fruta si një vakt të lehtë?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	16	12.03%	12.03%	7.04%	18.80%
Mesatarisht	34	25.56%	37.59%	18.40%	33.85%
Po	83	62.41%	100.00%	53.60%	70.65%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 20 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me gatimin e ushqimeve pa yndyrë. 6.82% janë përgjigjur me jo, 38.64% janë përgjigjur mesatarisht dhe 54.55% janë përgjigjur me po(I gatuajnë pa yndyrë).

Tabela 20. Përgatitja e ushqimeve pa yndyrë.

I gatuani ushqimet pa yndyrë?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	9	6.82%	6.82%	3.16%	12.55%
Mesatarisht	51	38.64%	45.45%	30.29%	47.50%
Po	72	54.55%	100.00%	45.65%	63.23%
TOTAL	132	100.00%	100.00%		

Në tabelën 21 paraqiten përgjigjet në lidhje me reduktimin e yndyrës në dietën ushqimore. 6.77% janë përgjigjur me jo(nuk e kanë reduktuar), 32.33% janë përgjigjur se e kanë reduktuar mesatarisht dhe 60.90% janë përgjigjur me po(e kanë reduktuar).

Tabela 21. Reduktimi i yndyrës në dietën ushqimore.

A e keni reduktuar yndyrën në dietën tuaj?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	9	6.77%	6.77%	3.14%	12.46%
Mesatarisht	43	32.33%	39.10%	24.48%	40.98%
Po	81	60.90%	100.00%	52.07%	69.24%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 22 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me gatimin e mishit me përmbajtje të ulët yndyre. 3.76% janë përgjigjur me jo(nuk gatuajne mish me përmbajtje të ulët yndyre), 33.08% janë përgjigjur me mesatarisht dhe 63.16% janë përgjigjur me po(përdorin mish me përmbajtje të ulët yndyre).

Tabela 22. A gatuani mish me përmbajtje të ulët yndyre?

A gatuani mish me përmbajtje te ulët yndyre?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	5	3.76%	3.76%	1.23%	8.56%
Mesatarisht	44	33.08%	36.84%	25.17%	41.77%
Po	84	63.16%	100.00%	54.36%	71.35%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 23 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me reduktimin e alkoolit. 6.11% janë përgjigjur se nuk e kanë reduktuar alkoolin(jo). 18.32% janë përgjigjur me mesatarisht dhe 75.57% janë përgjigjur me po(e kanë reduktuar alkoolin)

Tabela 23. A e keni reduktuar alkoolin?

A e keni reduktuar alkoolin?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	8	6.11%	6.11%	2.67%	11.68%
Mesatarisht	24	18.32%	24.43%	12.11%	26.02%
Po	99	75.57%	100.00%	67.30%	82.65%
TOTAL	131	100.00%	100.00%		

Në tabelën 24 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me reduktimin e kripës në dietë. 8.27% janë përgjigjur me jo(nuk e kanë reduktuar), 36.84% janë përgjigjur me mesatarisht dhe 54.89% janë përgjigjur me po(e kanë reduktuar)

Tabela 24. A e keni reduktuar kripën në dietën tuaj?

A keni reduktuar kripën ne dieten tuaj?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	11	8.27%	8.27%	4.20%	14.32%
Mesatarisht	49	36.84%	45.11%	28.65%	45.64%
Po	73	54.89%	100.00%	46.03%	63.52%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 25 janë paraqitur përgjigjet e pacientëve në lidhje me kontrollin e kalorive që marrin. 41.67% janë përgjigjur me jo(nuk I kontrollojnë), 32.58% janë përgjigjur se I kontrollojnë mesatarisht dhe 25.76% janë përgjigjur me po(I kontrollojnë).

Tabela 25. A e kontrolloni sasinë e kalorive që merrni?

A e kontrolloni sasine e kalorive qe merrni?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	55	41.67%	41.67%	33.15%	50.56%
Mesatarisht	43	32.58%	74.24%	24.68%	41.27%
Po	34	25.76%	100.00%	18.54%	34.09%
TOTAL	132	100.00%	100.00%		

Në tabelën 26 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me përdorimin e strategjive kur pacientët hane jashte. 40.60% janë përgjigjur me jo(nuk përdorin), 30.08% janë përgjigjur se përdorn mesatarisht dhe 29.32% janë përgjigjur me po(përdorin).

Tabela 26. A përdorni strategji kur hani jashtë?

A perdorni ndonje strategji kur hani jashte?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit
--	-----------	-----------	----------------------	----------------------------------	-------------------------

					i sipërm
Jo	54	40.60%	40.60%	32.18%	49.46%
Mesatarisht	40	30.08%	70.68%	22.43%	38.63%
Po	39	29.32%	100.00%	21.75%	37.84%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 27 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me përdorimin e një orari në ushqyerje. 21.80% janë përgjigjur me jo(nuk përdorin), 18.80% janë përgjigjur se përdorin mesatarisht dhe 59.40% janë përgjigjur me po(përdorin një orar ne ushqyerje).

Tabela 27. Përdorimi i një orari ne ushqyerjen e pacientit.

A përdorni një orar ne te ushqyerin tuaj?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	29	21.80%	21.80%	15.12%	29.79%
Mesatarisht	25	18.80%	40.60%	12.55%	26.48%
Po	79	59.40%	100.00%	50.54%	67.82%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 28 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me përdorimin e një diete të përshtatur për diabetin. 29.55% janë përgjigjur me jo(nuk përdorin), 22.73% janë përgjigjur se përdorin mesatarisht nje dietë të përshtatshme për diabetin dhe 47.73% janë përgjigjur me po(përdorin).

Tabela 28. Përdorimi i një diete të përshtatur për diabetin.

A përdorni diet te përshtatur per diabetin?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	39	29.55%	29.55%	21.93%	38.11%
Mesatarisht	30	22.73%	52.27%	15.89%	30.83%
Po	63	47.73%	100.00%	38.97%	56.59%
TOTAL	132	100.00%	100.00%		

AFTËSI E KUFIZUAR, USHTRIMET DHE AKTIVITETI FIZIK.

Në tabelën 29 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me paaftësitë fizike. 60.77% janë përgjigjur me jo(nuk kanë paaftësi fizike), 31.54% janë përgjigjur se ndonjëherë kanë paaftësi fizike dhe 7.69% janë përgjigjur me po(kanë paaftësi fizike)

Tabela 29. Paaftësit fizike.

Paaftësite	Frekuenca	Përqindja	Përqindja kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	79	60.77%	60.77%	51.82%	69.21%
Ndonjehere	41	31.54%	92.31%	23.67%	40.27%
Po	10	7.69%	100.00%	3.75%	13.69%
TOTAL	130	100.00%	100.00%		

Në tabelën 30 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me kryerjen e aktivitetit fizik. 16.54% janë përgjigjur se kryejne PA 20-30 min në ditë, 11.28% janë përgjigjur se kryejnë PA 3 herë në javë. 21.80% janë përgjigjur me asnjë, 23.31% janë përgjigjur me disa ushtrime, 2.26% janë përgjigjur se kryejnë ushtrime të posacme për diabetin dhe 24.81% janë përgjigjur se ushtrohen në shtëpi.

Tabela 30. Kryerja e PA.

Aktiviteti fizik	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
20–30 minuta në ditë	22	16.54%	16.54%	10.67%	23.97%
3 here /jave	15	11.28%	27.82%	6.45%	17.92%
Asnje	29	21.80%	49.62%	15.12%	29.79%
Disa ushtrime	31	23.31%	72.93%	16.42%	31.42%
Ushtrime te posacme per diabetin	3	2.26%	75.19%	0.47%	6.45%
Ushtrohet ne shtepi	33	24.81%	100.00%	17.74%	33.04%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

INFORMACIONI MBI DIABETIN DHE MBËSHTETJA SOCIALE.

Në tabelën 31 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me informacionet që pacientët kanë për sëmundjen. 6.77% janë përgjigjur me jo(nuk kanë informacion), 39.10% janë përgjigjur se kanë disa informacione për diabetin dhe 54.14% janë përgjigjur me po(kanë informacione).

Tabela 31. Informacioni që keni mbi sëmundjen e diabetit.

Informacioni që keni mbi sëmundjen e diabetit	Frequency	Percent	Cum. Percent	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	9	6.77%	6.77%	3.14%	12.46%
Disa	52	39.10%	45.86%	30.76%	47.93%
Po	72	54.14%	100.00%	45.28%	62.80%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 32 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me informacionet që pacientët se çfarë duhet të hanë. 3.82% janë përgjigjur me jo(nuk kanë informacion), 38.17% janë përgjigjur se kanë disa informacione dhe 58.02% janë përgjigjur me po(kanë disa informacione).

Tabela 32. Çfarë duhet të hani ?

Cfarë duhet të hani?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	5	3.82%	3.82%	1.25%	8.68%
Disa	50	38.17%	41.98%	29.82%	47.06%
Po	76	58.02%	100.00%	49.08%	66.58%
TOTAL	131	100.00%	100.00%		

Në tabelën 33 janë paraqitur përgjigjet e pacientëve në lidhje me testimin e glukozës. 13.74% janë përgjigjur me jo(nuk kanë informacione sesi testohet glukozja), 29.77% janë shprehur se kanë disa informacione dhe 56.49% janë përgjigjur me po(kanë informacione).

Tabela 33. Si duhet të testohet glukozja ?

Si	Frekuenca	Perqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit

duhet testuar glucoza ?					i sipërm
Jo	18	13.74%	13.74%	8.35%	20.84%
Disa	39	29.77%	43.51%	22.10%	38.38%
Po	74	56.49%	100.00%	47.55%	65.12%
TOTAL	131	100.00%	100.00%		

Në tabelën 34 janë paraqitur përgjigjet në lidhje me informacionet për ushtrimet që duhen kryer. 21.80% janë përgjigjur me jo(nuk kanë informacione), 44.36 janë përgjigjur se kanë disa informacione dhe 33.83% janë përgjigjur me po(kanë informacione).

Tabela 34. Ushtrimet që duhen kryer

Ushtrimet që duhen kryer	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95%intervali i besimit i sipërm
Jo	29	21.80%	21.80%	15.12%	29.79%
Disa	59	44.36%	66.17%	35.75%	53.22%
Po	45	33.83%	100.00%	25.86%	42.54%
TOTAL	133	100.00%	100.00%		

Në tabelën 35 jepen përgjigjet e pacientëve në lidhje me informacionin që kanë. 50.76% janë përgjigjur me jo(nuk kanë informacion jo të dobishëm). 35.61 janë përgjigjur se kanë disa informacione jo të dobishme dhe 13.64 janë përgjigjur me po(kanë informacione jo të dobishme).

Tabela 35. Informacion jo i dobishëm.

Informacioni jo i dobishëm	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95%intervali i besimit i sipërm
Jo	67	50.76%	50.76%	41.92%	59.56%
Disa	47	35.61%	86.36%	27.47%	44.41%
Po	18	13.64%	100.00%	8.29%	20.69%
TOTAL	132	100.00%	100.00%		

Në tabelën 36 paraqiten përgjigjet e pacientëve në lidhje me informacionet që kanë pasur për sëmundjen, kur u diagnostikuan për herë të parë. 43.31% janë përgjigjur me jo(nuk kanë pasur), 37.01% janë përgjigjur se kanë pasur disa informacione dhe 19.69% janë përgjigjur me po(kanë patur informacion).

Tabela 36. Informacionet rreth sëmundjes, kur u diagnostikuat për herë të parë.

Kur u diagnostikuat për herë të parë, kishit informacion rreth sëmundjes?	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Jo	55	43.31%	43.31%	34.55%	52.39%
Disa	47	37.01%	80.31%	28.61%	46.02%
Po	25	19.69%	100.00%	13.16%	27.67%
TOTAL	127	100.00%	100.00%		

Në tabelën 37 paraqiten përgjigjet që ka dhënë pacienti në lidhje me mbështetjen sociale. 16.79% janë përgjigjur se nuk kanë asnjë mbështetje sociale, 7.63% janë përgjigjur me disa, 18.32% janë përgjigjur me jo, 18.32% janë përgjigjur me pak dhe 38.93% janë përgjigjur me po.

Tabela 37. Mbështetja sociale.

Mbeshtetje sociale	Frekuenca	Përqindja	Përqindja Kumulative	95%intervali i besimit i poshtëm	95% intervali i besimit i sipërm
Asnje	22	16.79%	16.79%	10.83%	24.31%
Disa	10	7.63%	24.43%	3.72%	13.59%
Jo	24	18.32%	42.75%	12.11%	26.02%
Pak	24	18.32%	61.07%	12.11%	26.02%
Po	51	38.93%	100.00%	30.54%	47.84%
TOTAL	131	100.00%	100.00%		

Në tabelën 38 paraqiten përgjigjet e pacientëve në lidhje me përditshmërinë e mbështetjes sociale. 19.53% janë përgjigjur me jo. 46.09% janë përgjigjur me disa dhe 34.38% janë përgjigjur me po.

Tabela 38. Perditshmëria e mbështetjes sociale.

Përditshme/Shume	Frekuenca	Përqindja Kumulative	Cum. Percent	95%intervali i besimit i poshtëm	95%intervali i besimit i sipërm
Jo	25	19.53%	19.53%	13.06%	27.47%
Disa	59	46.09%	65.63%	37.25%	55.12%
Po	44	34.38%	100.00%	26.21%	43.28%
TOTAL	128	100.00%	100.00%		

LIDHJA MIDIS MOSHËS, GJINISË DHE USHQYERJES.

Në tabelën 39 vërejmë një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “A përdorni dietë të përshtatur për diabetin?”

Tabela 39. A përdorni diet te pershtatur per diabetin?

A përdorni diet te pershtatur per diabetin? * Gjinia

A përdorni diet te pershtatur per diabetin?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	764	267	1031
Mesatarisht	835	360	1195
Po	1642	1123	2765
TOTAL	3241	1750	4991
Chi-square	df	Probability	
88.2669	2	0.001	

Në tabelën 40 paraqitet një lidhje sinjifikante midisë gjinisë edhe variablit “ A e keni reduktuar sheqerin në ushqyerjen tuaj?”

Tabela 40. A keni reduktuar sheqerin ne ushqyerjen tuaj?

A keni reduktuar sheqerin ne ushqyerjen tuaj? * Gjinia

A keni reduktuar sheqerin ne ushqyerjen tuaj?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	101	139	240
Mesatarisht	1023	405	1428

Po	2117	1303	3420
TOTAL	3241	1847	5088
Chi-square	df	Probability	
92.2082	2	0.001	

Në tabelën 41 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “A përdorni zëvendësues të sheqerit në dietën tuaj? “

Tabela 41. A përdorni zëvendësues të sheqerit në dietën tuaj?

A përdorni zëvendësues të sheqerit në dietën tuaj? * Gjinia

A përdorni zëvendësues të sheqerit në dietën tuaj?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	1349	668	2017
Mesatarisht	898	652	1550
Po	994	527	1521
TOTAL	3241	1847	5088
Chi-square	df	Probability	
32.8981	2	0.001	

Në tabelën 42 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “A përdorni sjellje që ju devijojnë nga dieta diabetike?”

Tabela 42. A përdorni sjellje që ju devijojnë nga dieta diabetike që ndiqni?

A përdorni sjellje që ju devijojnë nga dieta diabetike që ndiqni

*Gjinia

A përdorni sjellje që ju devijojnë nga dieta diabetike që ndiqni	femer	mashkull	TOTAL
Jo	1547	857	2404
Mesatarisht	1226	870	2096
Po	421	120	541
TOTAL	3194	1847	5041
Chi-square	df	Probability	
71.1283	2	0.001	

Në tabelën 43 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “A përdorni pije me përmbajtje sheqeri? “

Tabela 43. A përdorni pije me përmbajtje sheqeri?

A perdorni pije me permbajtje sheqeri? * Gjinia

A perdorni pije me permbajtje sheqeri?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	1679	866	2545
Mesatarisht	978	844	1822
Po	560	137	697
TOTAL	3217	1847	5064
Chi-square	df	Probability	
167.9364	2	0.001	

Në tabelën 44 nuk paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “Sa i keni reduktuar ushqimet me përmbajtje niseshteje?”

Tabela 44. Sa i keni reduktuar ushqimet me permbajtje niseshteje

Sa I keni reduktuar ushqimet me permbajtje niseshteje * Gjinia

Sa I keni reduktuar ushqimet me permbajtje niseshteje	femer	mashkull	TOTAL
Jo	387	240	627
Mesatarisht	2175	1180	3355
Po	679	427	1106
TOTAL	3241	1847	5088
Chi-square	df	Probability	
5.4554	2	0.0654	

Në tabelën 45 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “A e keni rritur konsumin e frutave dhe perimeve?”

Tabela 45. A keni rritur konsumin e frutave dhe perimeve?

A keni rritur konsumin e frutave dhe perimeve? * Gjinia

A keni rritur konsumin e frutave dhe perimeve?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	94	101	195
Mesatarisht	457	590	1047
Po	2690	1109	3799
TOTAL	3241	1800	5041
Chi-square	df	Probability	
286.5992	2	0.001	

Në tabelën 46 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “A përdorni fruta si një vakt të lehtë ? “

Tabela 46. A përdorni fruta si një vakt të lehtë?

A përdorni fruta si një vakt të lehtë? * Gjinia

A përdorni fruta si një vakt të lehtë?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	303	258	561
Mesatarisht	797	802	1599
Po	2141	740	2881
TOTAL	3241	1800	5041
Chi-square	df	Probability	
297.2911	2	0.001	

Në tabelën 47 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “ I gatvani ushqimet pa yndyrë?”

Tabela 47. I gatvani ushqimet pa yndyrë?

I gatvani ushqimet pa yndyrë? * Gjinia

I gatvani ushqimet pa yndyrë?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	148	261	409
Mesatarisht	945	767	1712
Po	2105	772	2877
TOTAL	3198	1800	4998
Chi-square	df	Probability	
299.7615	2	0.001	

Në tabelën 48 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “A gatvani mish me përmbajtje të ulët yndyrë?”

Tabela 48. A gatvani mish me përmbajtje të ulët yndyrë?

A gatvani mish me përmbajtje të ulët yndyrë? * Gjinia

A gatvani mish me përmbajtje të ulët yndyrë?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	41	168	209
Mesatarisht	871	685	1556

Po	2329	947	3276
TOTAL	3241	1800	5041
Chi-square	df	Probability	
294.5624	2	0.001	

Në tabelën 49 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “A e keni reduktuar alkoolin?”

Tabela 49. A e keni reduktuar alkolin?

A e keni reduktuar alkolin? * Gjinia

A e keni reduktuar alkolin?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	67	202	269
Mesatarisht	446	584	1030
Po	2638	1014	3652
TOTAL	3151	1800	4951
Chi-square	df	Probability	
475.1393	2	0.001	

Në tabelën 50 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “A e keni reduktuar kripën në dietën tuaj?”

Tabela 50. A keni reduktuar kripën ne dieten tuaj?

A keni reduktuar kripën ne dieten tuaj? * Gjinia

A keni reduktuar kripën ne dieten tuaj?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	123	177	300
Mesatarisht	1094	642	1736
Po	2024	981	3005
TOTAL	3241	1800	5041
Chi-square	df	Probability	
84.3976	2	0.001	

Në tabelën 51 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “A e kontrolloni sasinë e kalorive që merrni?”

Tabela 51. A e kontrolloni sasine e kalorive qe merrni?

A e kontrolloni sasine e kalorive qe merrni? * Gjinia

A e kontrolloni sasine e kalorive qe merrni?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	1084	1051	2135
Mesatarisht	1142	462	1604
Po	965	287	1252
TOTAL	3191	1800	4991
Chi-square	df	Probability	
290.8682	2	0.001	

Në tabelën 52 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë dhe variablit “A përdorni ndinjë strategji kur hani jashtë?”

Tabela 52. A përdorni ndonje strategji kur hani jashte?

A përdorni ndonje strategji kur hani jashte? * Gjinia

A përdorni ndonje strategji kur hani jashte?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	1244	938	2182
Mesatarisht	976	380	1356
Po	1021	482	1503
TOTAL	3241	1800	5041
Chi-square	df	Probability	
93.9219	2	0.001	

Në tabelën 53 paraqitet një lidhje midis gjinisë dhe variablit “A përdorni nje orar në të ushqyerin tuaj?”

Tabela 53. A përdorni nje orar në të ushqyerin tuaj?

A përdorni nje orar ne te ushqyerin tuaj? * Gjinia

A përdorni nje orar ne te ushqyerin tuaj?	femer	mashkull	TOTAL
Jo	524	461	985
Mesatarisht	681	164	845
Po	2036	1175	3211
TOTAL	3241	1800	5041
Chi-square	df	Probability	

151.694	2	0.001
---------	---	-------

LIDHJA MIDIS GJINISË, MOSHËS EDHE AKTIVITETIT FIZIK.

Në tabelën 54 paraqitet një lidhje midis gjinisë edhe aktivitetit fizik.

Tabela 54. Aktiviteti fizik.

Aktiviteti fizik * Gjinia

Aktiviteti fizik	femer	mashkull	TOTAL
20–30 minuta	276	474	750
3 here /jave	405	216	621
Asnje	721	554	1275
Disa ushtrime	862	241	1103
Ushtrime te posacme per diabetin	69	74	143
Ushtrohet ne shtepi	908	241	1149
TOTAL	3241	1800	5041
Chi-square	df	Probability	
497.3935	5	0.001	

Në tabelën 55 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “Ushtrimet që kryeni”

Tabela 55. Ushtrimet që kryeni.

Ushtrimet qe kryeni * Gjinia

Ushtrimet qe kryeni	femer	mashkull	TOTAL
Jo	694	569	1263
Pak	1259	886	2145
Po	1288	345	1633
TOTAL	3241	1800	5041
Chi-square	df	Probability	
228.5389	2	0.001	

Në tabelën 56 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “Paaftësitë”

Tabela 56. Paaftësitë

Paaftesite * Gjinia

Paaftesite	femer	mashkull	TOTAL
Jo	1572	1128	2700
Ndonjehere	1305	444	1749
Po	287	228	515
TOTAL	3164	1800	4964
Chi-square	df	Probability	
139.3504	2	0.001	

Në tabelën 57 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “kur u diagnostikuar për herë të parë a keni pas informacione rreth sëmundjes ? “

LIDHJA MIDIS NJOHURIVE VETËMENAXHUESE EDHE SHKOLLIMIT.

Tabela 57. Kur u diagnostikuar për herë të parë a keni patur informacione rreth sëmundjes ?

Kur u diagnostikuar per here te pare a keni pas informacione rreth sëmundjes * Shkollimi

Kur u diagnostikuar per here te pare a keni pas informacione rreth sëmundjes	9 vjecar	I larte	I mesem	TOTAL
Jo	507	708	657	1872
Pak	385	561	897	1843
Po	237	546	233	1016
TOTAL	1129	1815	1787	4731
Chi-square	df	Probability		
228.7423	4	0.001		

Në tabelën 58 paraqitet një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe variablit “A përdorni zëvendësues të sheqerit në dietën tuaj“ ?

Tabela 58. A përdorni zëvendësues të sheqerit në dietën tuaj ?

A përdorni zëvendësues te sheqerit ne dieten tuaj? * Shkollimi

A përdorni zëvendësues te sheqerit ne dieten tuaj?	9 vjecar	I larte	I mesem	TOTAL
Jo	602	898	517	2017

Mesatarisht	285	566	636	1487
Po	291	476	707	1474
TOTAL	1178	1940	1860	4978
Chi-square	df	Probability		
218.2608	4	0.001		

8. DISKUTIMI

Diabeti tip 2 përbën më shumë se 90% të pacientëve me diabet dhe çon në komplikime mikrovaskulare dhe makrovaskulare që shkaktojnë shqetësime të thella psikologjike dhe fizike si për pacientët ashtu edhe për kujdestarët dhe vendosin një barrë të madhe në sistemet e kujdesit shëndetësor.[67] Sidoqoftë, është e njohur dhe e pranuar gjerësisht se adoptimi i sjelljeve të vetë-kujdesit dhe vetë-menaxhimit luajnë një rol themelor në kontrollin dhe trajtimin e diabetit. [68]

Mosha mesatare e pacientëve të marrë në studim është 42.7 vjec tabela 1. Ndërkohë në një studim të zhvilluar në Zelandë dhe Danimarkë në 98 pacientë mosha mesatare ishte 54.6 vjec. [69] Rezultatet e analizës së karakteristikave socio-demografike janë të paraqitura në tabelat 1-3 ku tregojnë se femrat janë më të prekura me 69.40% në krahasim me meshkujt 30.60%. Po ashtu në një studim të bërë në popullatën iraniane prevalenca më e lartë e DM 2 është gjetur te femrat. [70] Te vlerësimi i lidhjeve në studim u vu në dukje një lidhje statistikisht sinjifikante midis gjinisë edhe përdorimit të dietës të posacme për DM 2 ($p < 0.001$), ku vihet re se femrat kanë një tendencë më të lartë për përdorimin e një diete të duhur për diabetin. Ndërsa një studim i zhvilluar në Toronto rezultatet treguan një ndryshim domethënës gjinor në përgjegjësinë por edhe në përgatitjen e vaktit ($p < 0.001$) si edhe në bërjen e pazareve ($p < 0,001$), me gratë që merren më shpesh me këto aktivitete ssesa burrat. [71]

Përsa i përket kohëzgjatjes së mjekimit të përdorur tabela 5 kemi : <5 vite 68.93%, 16<vite 8.74% dhe 6-10 vite 22.33%. Ndërkohe në rishikimet sistematike të literaturës kemi:<5 vite 50%,16<vite10% dhe 6-10 vite 25% . Përsa i përket pjesës së aktivitetit fizik(PA) në studim rezultoi se 21.80% nuk kryenin asnjë lloj ushtrimi fizik, pak a shumë është e njëjtë me shifrën nga literatura me 21%. Ndërkohë një përqindje e vogël kryente ushtrime të posacme për diabetin 2,26% në krahasim me literaturën me 10%. [72]

Në tabelën 9 paraqiten të dhënat me monitorimin e glukozës, vërehet një shifër e lartë(24.8%) e cila tregon për pacientët që nuk e monitorojnë asnjëherë glukozën, nderkohe 0% është përgjigja e pacientëve nga rishikime të literaturës. [72]. Në tabelën 38 të dhënat mbi mbështetjen sociale kemi një shifër prej 19.53% të pacientëve të cilët, nuk kanë asnjë mbështetje sociale, e cila është një shifër e ulët në krahasim me 60% nga literatura. [72]

Gjithashtu në studim u dallua një shifër e lartë e pacientëve të cilët nuk dinin sa e kishin hemoglobinën e glukozuar, 84.21% deklaruan se nuk i dinin vlerat e HBA1c. Në rishike të literaturës dallohen shifra pak a shumë të njëta me ato më lartë. 66% ishte numri i pacientëve të cilët nuk e i dinin vlerat e HBA1c [73]. Shumica e pjesëmrrësve kishin një kuptim të varfër në lidhje me vlerat e HBA1c, e cila ishte e lidhur ngushtë me mënyrën e vetmenaxhimit të sëmundjes. [73].

Në studim u paraqit një lidhje sinjifikante midis gjinisë edhe reduktimit të alkoolit. Rezulton se femrat ishin më shumë në numër në krahasim me meshkujt, të cilat kishin reduktuar alkoolin. Ndërkohë që burrat konsumojnë më shumë alkool sesa gratë në popullatat me dhe pa diabet. [74]

Rëndësia e aktivitetit fizik tashmë njihet për njerëzit diabetik. [75]. Në tabelën u dallua një lidhje sinjifikante midis gjinisë dhe aktivitetit fizik. Femrat ishin ato të cilat i kushtonin më shumë rëndësi sesa burrat. Në Studimin e Shëndetit të Infermierëve, gratë që raportuan të ushtroheshin më shumë kishin një normë më të mirë glicemie në krahasim me të tjerët. [76]

Në tabelën 3 paraqiten karakteristikat në lidhje me punësimin, një shifër prej 34.33% ishin pa punë. Studime sistematike të literaturës përmëndin faktorët që ndikojnë në DM 2, në të cilat përvec të tjerave përmendet edhe statusi i punësimit i cili luan një rol madhor në sëmundje.[77]

Përsa i përket nivelit të arsimit, u vëre një lidhje sinjifikante midis njohurive për vetmenaxhim dhe nivelit arsimor $p < 0.001$. Në studim pacientët më arsim të lartë kishin nivele më të mira të vetmenaxhimit në krahasim me pacientët me arsim të mesëm dhe të ulët. Rishikime sistematike të literaturës thonë se pacientët të cilët kishin nivel më të lartë arsimor paraqesin nivele më të mira për vetmenaxhimin e sëmundjes. [78]. Kështu niveli i lartë arsimor mund të shoqërohet me shëndetin në mënyra të ndryshme: individët me një nivel të lartë arsimor mund të jenë më të pranueshëm ndaj mesazheve të parandalimit, kanë një aftësi më të lartë për të ndryshuar sjelljen e tyre shëndetësore dhe të jenë të prirur për të përdorur më mirë sistemet e kujdesit shëndetësor. [79-80]

Shumica e rasteve të diabetit të tipit 2 mund të parandalohen nga humbja e peshës, ushtrimet e rregullta, modifikimi i dietës, dhe konsumimi i sasive të kufizuara të alkoolit. Kontrolli i peshës duket se ofron përfitimin më të madh. [81]. Sic e pamë më sipër edhe në studim, ku pacientët u kushtonin një rëndësi të madhe dietës ushqimore dhe aktivitetit fizik në të cilat u vërtetuan hipotezat në lidhje me njohurit për vetmenaxhim gjinisë edhe dietes, njohurive për vetmenaxhim gjinisë edhe kryerjes së PA si edhe shkollimit dhe njohurive për vetmenaxhim.

9. KONKLUZIONE

- Nje konkluzion i rëndësishëm është arsimi i pacientëve, gjë e cila con në shpërndarje të pabarabrtë të njohurive për vetmenaxhim të sëmundjes.
- U evidentua një lidhje e rëndësishme statistikore midis gjinisë edhe dietës ushqimore, nga ku mund të themi se pacientët e gjinis femër kishin më shumë probabilitet lidhur dietën dhe mënyrën e ushqyerjes krahasuar me gjinin tjetër.
- U evidentua një lidhje e rëndësishme statistikore midis gjinisë edhe aktivitetit fizik, nga ku mund të themi se pacientët e gjinis femër kishin më shumë probabilitet lidhur me aktivitetin fizik dhe ushtrimet që duheshin kryer krahasuar me gjinin tjetër
- U evidentua se pjesa më e madhe e pacientëve nuk kanë patur informacione rreth sëmundjes kur janë diagnostikuar për herë të parë.
- U evidentua një përqindje e lartë e pacientëve, të cilët e bënin kontrollin e glicemisë “asnjëherë” dhe “ndonjëherë”.

10. REKOMANDIME

- Duhet vënë në fokus shpërndarja e informacionit mbi sëmundjen dhe vetmenaxhimin e saj, në mënyrë të tillë do të shmaget asimetria e informacionit në popullatë.
- Vënia në fokus nga ana e personelit shëndetësor, përsa i përket benefitve nga aktiviteti fizik në përditshmërin e pacientit.
- Vënia në fokus nga ana e personelit shëndetësor, përsa i përket përfitimeve nga një dietë e duhur ushqimore.
- E rëndësishme është demonstrimi nga ana e infermierit, për matjen e glicemisë me glukometër, në këtë mënyrë pacientët do të ndergjegjësohen përsa i përket rëndësisë për të matur me shpesh gliceminë.
- Krijimi i programeve edukative sipas target grupeve si dhe trajnimi i stafit infermieror për krijimin e një manuali për vetëmenaxhim të diabetit tipi 2.

11. REFERENCA

1. Ginter E, Simko V.(2013). Type 2 Diabetes Mellitus, Pandemic in 21st Century. In: Ahmad SI, ed. *Diabetes: An Old Disease, a Neë Insight*. Advances in Experimental Medicine and Biology. Springer:42-50.<https://doi:10.1007/978-1-4614-54410-6>
2. Kaneto, H. (2015). [Pathophysiology of type 2 diabetes mellitus]. *Nihon Rinsho. Japanese Journal of Clinical Medicine*, 73(12), 2003–2007. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26666144/>
3. Unnikrishnan, R., Pradeepa, R., Joshi, S. R., & Mohan, V. (2017). Type 2 Diabetes: Demystifying the Global Epidemic. *Diabetes*, 66(6), 1432–1442. <https://doi.org/10.2337/db16-0766>
4. Olokoba AB, Obateru OA, Olokoba LB.(2012) Type 2 Diabetes Mellitus: A Revieë of Current Trends. *Oman Med J.*;27(4):269-273. <https://doi:10.5001/omj.2012.68>
5. Bellou V, Belbasis L, Tzoulaki I, Evangelou E.(2018). Risk factors for type 2 diabetes mellitus: An exposure-ëide umbrella revieë of meta-analyses. *PLoS ONE.*;13(3). <https://doi:10.1371/journal.pone.0194127/>
6. Xu Z, Yu D, Yin X, Zheng F, Li H.(2017). Socioeconomic status is associated ëith global diabetes prevalence. *Oncotarget.*;8(27):44434-44439. <https://doi:10.18632/oncotarget.17902>
7. Galtier, F. (2010). Definition, epidemiology, risk factors. *Diabetes & Metabolism*, 36(6 Pt 2), 628–651. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2010.11.014>
8. L, Q. (2001). Type 2 diabetes: Epidemiology, pathophysiology, and diagnosis. *The Nursing Clinics of North America*, 36(2), 175–192, v. <https://europepmc.org/article/med/11382558>
9. Cheng, A. Y. Y., & Fantus, I. G. (2005). Oral antihyperglycemic therapy for type 2 diabetes mellitus. *CMAJ*, 172(2), 213–226. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1031414>
10. Type 2 diabetes—Symptoms. (2018, March 20). Nhs.Uk. <https://www.nhs.uk/conditions/type-2-diabetes/symptoms/>
11. Marín-Peñalver, J. J., Martín-Timón, I., Sevillano-Collantes, C., & del Cañizo-Gómez, F. J. (2016). Update on the treatment of type 2 diabetes mellitus. *World Journal of Diabetes*, 7(17), 354–395. <https://doi.org/10.4239/wjd.v7.i17.354>
12. 14 Early Signs and Symptoms of Diabetes Type 1 & Type 2, n.d <https://www.mysugr.com/en/blog/14-early-signs-and-symptoms-diabetes-type-1-type-2/>
13. Hu, F. B. (2003). Sedentary lifestyle and risk of obesity and type 2 diabetes. *Lipids*, 38(2), 103–108. <https://doi.org/10.1007/s11745-003-1038-4>
14. Klein, S., Sheard, N. F., Pi-Sunyer, X., Daly, A., Wylie-Rosett, J., Kulkarni, K., & Clark, N. G. (2004). Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: Rationale and strategies. A statement of the American Diabetes Association, the North American Association for the Study of Obesity, and the American Society for Clinical Nutrition. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 80(2), 257–263. <https://doi.org/10.1093/ajcn/80.2.257>

15. Zimmet, P. (1982). Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes—An epidemiological overview. *Diabetologia*, 22(6), 399–411. <https://doi.org/10.1007/BF00282581>
16. Wannamethee, S. G., Shaper, A. G., & Perry, I. J. (2001). Smoking as a Modifiable Risk Factor for Type 2 Diabetes in Middle-Aged Men. *Diabetes Care*, 24(9), 1590–1595. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.9.1590>
17. Mayer-Davis, E. J., & Costacou, T. (2001). Obesity and sedentary lifestyle: Modifiable risk factors for prevention of type 2 diabetes. *Current Diabetes Reports*, 1(2), 170–176. <https://doi.org/10.1007/s11892-001-0030-x>
18. Li, X.-H., Yu, F.-F., Zhou, Y.-H., & He, J. (2016). Association between alcohol consumption and the risk of incident type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(3), 818–829. <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.114389>
19. Kwak, S. H., & Park, K. S. (2016). Recent progress in genetic and epigenetic research on type 2 diabetes. *Experimental & Molecular Medicine*, 48, e220. <https://doi.org/10.1038/emm.2016.7>
20. Magliano, D. J., Islam, R. M., Barr, E. L. M., Gregg, E. W., Pavkov, M. E., Harding, J. L., Tabesh, M., Koye, D. N., & Shaw, J. E. (2019). Trends in incidence of total or type 2 diabetes: Systematic review. *BMJ*, 366. <https://doi.org/10.1136/bmj.15003>
21. Yorke, E., & Atiase, Y. (2018). Impact of structured education on glucose control and hypoglycaemia in Type-2 diabetes: A systematic review of randomized controlled trials. *Ghana Medical Journal*, 52(1), 41–60. <https://doi.org/10.4314/gmj.v52i1.8>
22. Zheng, Y., Ley, S. H., & Hu, F. B. (2018). Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nature Reviews. Endocrinology*, 14(2), 88–98. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2017.151>
23. Ujcic-Voortman, J. K., Schram, M. T., Jacobs-van der Bruggen, M. A., Verhoeff, A. P., & Baan, C. A. (2009). Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities. *European Journal of Public Health*, 19(5), 511–515. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckp096>
24. Chaturvedi, N., Stephenson, J. M., Fuller, J. H., & Complications, T. E. I. (1996). The Relationship Between Socioeconomic Status and Diabetes Control and Complications in the EURODIAB IDDM Complications Study. *Diabetes Care*, 19(5), 423–430. <https://doi.org/10.2337/diacare.19.5.423>
25. Kaiser, A. B., Zhang, N., & Pluijm, W. V. D. (2018). Global Prevalence of Type 2 Diabetes over the Next Ten Years (2018-2028). *Diabetes*, 67(Supplement 1). <https://doi.org/10.2337/db18-202-LB>
26. Schlienger, J.-L. (2013). [Type 2 diabetes complications]. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*, 42(5), 839–848. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2013.02.313>
27. Aydeniz, A., Gursoy, S., & Guney, E. (2008). Which Musculoskeletal Complications Are Most Frequently Seen in Type 2 Diabetes Mellitus? *Journal of International Medical Research*, 36(3), 505–511. <https://doi.org/10.1177/147323000803600315>
28. Bain, S. C., Mosenzon, O., Arechavaleta, R., Bogdański, P., Comlekci, A., Consoli, A., Deerochanawong, C., Dungan, K., Faingold, M. C., Farkouh, M. E., Franco, D. R., Gram, J., Guja, C., Joshi, P., Malek, R., Merino-Torres, J. F., Nauck, M. A., Pedersen, S. D., Sheu,

- W. H.-H., ... Husain, M. (2019). Cardiovascular safety of oral semaglutide in patients with type 2 diabetes: Rationale, design and patient baseline characteristics for the PIONEER 6 trial. *Diabetes, Obesity & Metabolism*, 21(3), 499–508. <https://doi.org/10.1111/dom.13553>
29. Diabetic neuropathy—Symptoms and causes. (n.d.). Mayo Clinic. Retrieved September 18, 2020, from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/diabetic-neuropathy/symptoms-causes/syc-20371580><https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/diabetic-neuropathy/symptoms-causes/syc-20371580>.
 30. Fong, D. S., Aiello, L., Gardner, T. W., King, G. L., Blankenship, G., Cavallerano, J. D., Ferris, F. L., & Klein, R. (2004). Retinopathy in Diabetes. *Diabetes Care*, 27(suppl 1), s84–s87. <https://doi.org/10.2337/diacare.27.2007.S84>
 31. Afkarian, M., Sachs, M. C., Kestenbaum, B., Hirsch, I. B., Tuttle, K. R., Himmelfarb, J., & Boer, I. H. de. (2013). Kidney Disease and Increased Mortality Risk in Type 2 Diabetes. *Journal of the American Society of Nephrology*, 24(2), 302–308. <https://doi.org/10.1681/ASN.2012070718>
 32. Laaban, J.-P., Daenen, S., Léger, D., Pascal, S., Bayon, V., Slama, G., & Elgrably, F. (2009). Prevalence and predictive factors of sleep apnoea syndrome in type 2 diabetic patients. *Diabetes & Metabolism*, 35(5), 372–377. <https://doi.org/10.1016/j.diabet.2009.03.007>
 33. Einhorn, D., Stewart, D., Erman, M., Gordon, N., Philis-Tsimikas, A., & Casal, E. (2007). Prevalence of Sleep Apnea in a Population of Adults With Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocrine Practice*, 13(4), 355–362. <https://doi.org/10.4158/EP.13.4.35>
 34. Diabetic Coma in Type 2 Diabetes. (n.d.). WebMD. Retrieved September, from <https://www.webmd.com/diabetes/hyperglycemic-hyperosmolar-nonketonic-syndrome>
 35. How Does Type 2 Diabetes Affect Skin Health? (2014, September 8). Healthline. <https://www.healthline.com/health/type-2-diabetes/skin-problems>
 36. Diabetes and Stroke. (n.d.). WebMD. Retrieve, from <https://www.webmd.com/diabetes/type-2-diabetes-guide/diabetes-stroke>
 37. Chawla, A., Chawla, R., & Jaggi, S. (2016). Microvascular and macrovascular complications in diabetes mellitus: Distinct or continuum? *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 20(4), 546–551. <https://doi.org/10.4103/2230-8210.183480>
 38. Kreutzkamp, B. (2016). [Drug treatment of diabetes mellitus type 2]. *Medizinische Monatsschrift Für Pharmazeuten*, 39(2), 58–62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26983333/>
 39. Peng, Y., Chen, S.-H., Liu, X.-N., & Sun, Q.-Y. (2019). Efficacy of different antidiabetic drugs based on metformin in the treatment of type 2 diabetes mellitus: A network meta-analysis involving eight eligible randomized-controlled trials. *Journal of Cellular Physiology*, 234(3), 2795–2806. <https://doi.org/10.1002/jcp.27097>
 40. Type 2 diabetes—Diagnosis and treatment—Mayo Clinic. (n.d.). Retrieved September from <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/type-2-diabetes/diagnosis-treatment/drc-20351199>
 41. Why Insulin Can Become Necessary for a Person with Type 2 Diabetes. (n.d.). Diabète Québec. Retrieved from <https://www.diabete.qc.ca/en/living-with-diabetes/care-and->

[treatment/drugs-and-insulin/why-insulin-can-become-necessary-for-a-person-with-type-2-diabetes/](#)

42. Cobble, M. E. (2009). Initiating and intensifying insulin therapy for type 2 diabetes: Why, when, and how. *American Journal of Therapeutics*, 16(1), 56–64. <https://doi.org/10.1097/MJT.0b013e3181966bf0>
43. Meah, F., & Juneja, R. (2015). Insulin tactics in type 2 diabetes. *The Medical Clinics of North America*, 99(1), 157–186. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2014.08.021>
44. Lovre, D., & Fonseca, V. (2015). Benefits of timely basal insulin control in patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 29(2), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2014.11.018>
45. The Types of Insulin Used to Treat Diabetes. (n.d.). WebMD. Retrieved, from <https://www.webmd.com/diabetes/diabetes-types-insulin>
46. Lipkin, E. (1999). New strategies for the treatment of type 2 diabetes. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(3), 329–334. [https://doi.org/10.1016/s0002-8223\(99\)00083-8](https://doi.org/10.1016/s0002-8223(99)00083-8)
47. Role of diet in the treatment of diabetes ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/12258111_Role_of_diet_in_the_treatment_of_diabetes
48. Dyson, P., McArdle, P., Mellor, D., & Guess, N. (2019). James Lind Alliance research priorities: What role do carbohydrates, fats and proteins have in the management of Type 2 diabetes, and are there risks and benefits associated with particular approaches? *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 36(3), 287–296. <https://doi.org/10.1111/dme.13826>
49. Alonso-Domínguez, R., García-Ortiz, L., Patino-Alonso, M. C., Sánchez-Aguadero, N., Gómez-Marcos, M. A., & Recio-Rodríguez, J. I. (2019). Effectiveness of A Multifactorial Intervention in Increasing Adherence to the Mediterranean Diet among Patients with Diabetes Mellitus Type 2: A Controlled and Randomized Study (EMID Study). *Nutrients*, 11(1). <https://doi.org/10.3390/nu11010162>
50. Khemayanto, H., & Shi, B. (2014). Role of Mediterranean diet in prevention and management of type 2 diabetes. *Chinese Medical Journal*, 127(20), 3651–3656. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25316244/>
51. Torres-Peña, J. D., Garcia-Rios, A., Delgado-Casado, N., Gomez-Luna, P., Alcala-Diaz, J. F., Yubero-Serrano, E. M., Gomez-Delgado, F., Leon-Acuña, A., Lopez-Moreno, J., Camargo, A., Tinahones, F. J., Delgado-Lista, J., Ordovas, J. M., Perez-Martinez, P., & Lopez-Miranda, J. (2018). Mediterranean diet improves endothelial function in patients with diabetes and prediabetes: A report from the CORDIOPREV study. *Atherosclerosis*, 269, 50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29274507/#:~:text=Conclusions%3A%20Habitual%20consumption%20of%20a,diabetes%20at%20high%20cardiovascular%20risk.>
52. Editor. (2019, March 4). Mediterranean Diet. Diabetes. <https://www.diabetes.co.uk/diet/mediterranean-diet.html>
53. Medical Nutrition Therapy | Reimbursement and Sustainability | DSMES Toolkit | Diabetes | CDC.(2018,November26).<https://www.cdc.gov/diabetes/dsmes-toolkit/reimbursement/medical-nutrition-therapy.html>

54. Aune, D., Norat, T., Leitzmann, M., Tonstad, S., & Vatten, L. J. (2015). Physical activity and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*, 30(7), 529–542. <https://doi.org/10.1007/s10654-015-0056-z>
55. Hamasaki, H. (2016). Daily physical activity and type 2 diabetes: A review. *World Journal of Diabetes*, 7(12), 243–251. <https://doi.org/10.4239/wjd.v7.i12.243>
56. Francesconi, C., Niebauer, J., Haber, P., Weitgasser, R., & Lackinger, C. (2019). [Lifestyle: Physical activity and training as prevention and therapy of type 2 diabetes mellitus (Update 2019)]. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 131(Suppl 1), 61–66. <https://doi.org/10.1007/s00508-019-1457-x>
57. Polik, & Maria, R. (2009). The role of exercise and nutrition in type ii diabetes mellitus management. *Health Science Journal*, 3(4). <https://www.hsj.gr/abstract/the-role-of-exercise-and-nutrition-in-type-ii-diabetes-mellitus-management-3627.html>
58. Education, prevention and the role of the nursing team | Diabetes | Royal College of Nursing. (n.d.). The Royal College of Nursing. Retrieved September 18, 2020, from /clinical-topics/diabetes/education-prevention-and-the-role-of-the-nurse <https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/diabetes/education-prevention-and-the-role-of-the-nurse>
59. Mostafa, N. M., Ahmed, G. H., & Anwar, W. (2018). Effect of educational nursing program on quality of life for patients with type II diabetes mellitus at Assiut University Hospital. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(11), 61. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n11p61>
60. Lindsay, G., Inverarity, K., & McDowell, J. R. S. (2011, June 21). Quality of Life in People with Type 2 Diabetes in Relation to Deprivation, Gender, and Age in a New Community-Based Model of Care [Research Article]. *Nursing Research and Practice*; Hindawi. <https://doi.org/10.1155/2011/613589>
61. Nurse (PDF) Nurse Champions: A Key Role in Bridging the Gap Between Research and Practice. (n.d.). ResearchGate. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2011.04.009>
62. Jutterström Jutterström, L., Hörnsten, Å., Sandström, H., Stenlund, H., & Isaksson, U. (2016). Nurse-led patient-centered self-management support improves HbA1c in patients with type 2 diabetes—A randomized study. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1821–1829. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.016>
63. Shrivastava, S. R., Shrivastava, P. S., & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 12, 14. <https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14>
64. He, X., Li, J., Wang, B., Yao, Q., Li, L., Song, R., Shi, X., & Zhang, J.-A. (2017). Diabetes self-management education reduces risk of all-cause mortality in type 2 diabetes patients: A systematic review and meta-analysis. *Endocrine*, 55(3), 712–731. <https://doi.org/10.1007/s12020-016-1168-2>
65. Odgers-Jewell, K., Ball, L. E., Kelly, J. T., Isenring, E. A., Reidlinger, D. P., & Thomas, R. (2017). Effectiveness of group-based self-management education for individuals with Type 2 diabetes: A systematic review with meta-analyses and meta-regression. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 34(8), 1027–1039. <https://doi.org/10.1111/dme.13340>

66. Chrvala, C. A., Sherr, D., & Lipman, R. D. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: A systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 926–943. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.003>
67. Chatterjee, S., Khunti, K., & Davies, M. J. (2017). Type 2 diabetes. *Lancet* (London, England), 389(10085), 2239–2251. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30058-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30058-2)
68. Baghbanian, A., & Tol, A. (2012). The introduction of self-management in Type 2 Diabetes care: A narrative review. *Journal of Education and Health Promotion*, 1. <https://doi.org/10.4103/2277-9531.102048>
69. Johansen, M. Y., MacDonald, C. S., Hansen, K. B., Karstoft, K., Christensen, R., Pedersen, M., Hansen, L. S., Zacho, M., Wedell-Neergaard, A.-S., Nielsen, S. T., Iepsen, U. W., Langberg, H., Vaag, A. A., Pedersen, B. K., & Ried-Larsen, M. (2017). Effect of an Intensive Lifestyle Intervention on Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 318(7), 637–646. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.10169>
70. Azimi-Nezhad, M., Ghayour-Mobarhan, M., Parizadeh, M. R., Safarian, M., Esmaeili, H., Parizadeh, S. M., Khodaei, G., Hosseini, J., Abasalti, Z., Hassankhani, B., & Ferns, G. (2008). Prevalence of type 2 diabetes mellitus in Iran and its relationship with gender, urbanisation, education, marital status and occupation. *Singapore Medical Journal*, 49(7), 571–576. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18695867/>
71. Wong, M., Gucciardi, E., Li, L., & Grace, S. L. (2005). Gender and nutrition management in type 2 diabetes. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research: A Publication of Dietitians of Canada = Revue Canadienne De La Pratique Et De La Recherche En Dietetique: Une Publication Des Dietetistes Du Canada*, 66(4), 215–220. <https://doi.org/10.3148/66.4.2005.215>
72. Weller, S. C., Baer, R., Nash, A., & Perez, N. (2017). Discovering successful strategies for diabetic self-management: A qualitative comparative study. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 5(1), e000349. <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2016-000349>
73. Beard, E., Clark, M., Hurel, S., & Cooke, D. (2010). Do people with diabetes understand their clinical marker of long-term glycemic control (HbA1c levels) and does this predict diabetes self-care behaviours and HbA1c? *Patient Education and Counseling*, 80(2), 227–232. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.11.008>
74. Kao, W. H. L., Puddey, I. B., Boland, L. L., Watson, R. L., & Brancati, F. L. (2001). Alcohol Consumption and the Risk of Type 2 Diabetes Mellitus: Atherosclerosis Risk in Communities Study. *American Journal of Epidemiology*, 154(8), 748–757. <https://doi.org/10.1093/aje/154.8.748>
75. Umpierre, D., Ribeiro, P. A. B., Kramer, C. K., Leitão, C. B., Zucatti, A. T. N., Azevedo, M. J., Gross, J. L., Ribeiro, J. P., & Schaan, B. D. (2011). Physical Activity Advice Only or Structured Exercise Training and Association With HbA1c Levels in Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 305(17), 1790–1799. <https://doi.org/10.1001/jama.2011.576>
76. ((PDF) Contribution of the Nurses' Health Studies to Uncovering Risk Factors for Type 2 Diabetes: Diet, Lifestyle, Biomarkers, and Genetics. (n.d.). ResearchGate. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303314>

77. (PDF) A Review of Type 2 Diabetes Research Studies in Albania: Further Information and Implications for Future Nurses. (n.d.). ResearchGate. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/339602385_A_Review_of_Type_2_Diabetes_Research_Studies_in_Albania_Further_Information_and_Implications_for_Future_Nurses
78. Bohanny, W., Wu, S.-F. V., Liu, C.-Y., Yeh, S.-H., Tsay, S.-L., & Wang, T.-J. (2013). Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(9), 495–502. <https://doi.org/10.1111/1745-7599.12017>
79. Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E., & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 82(6), 816–820. <https://doi.org/10.2105/ajph.82.6.816>
80. Berkman, L. F., & Macintyre, S. (1997). The measurement of social class in health studies: Old measures and new formulations. *IARC Scientific Publications*, 138, 51–64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9353663/>
81. Steyn NP, Mann J, Bennett PH, et al. (2004) Diet, nutrition and the prevention of type 2 diabetes. *Public Health Nutr.*;7(1A):147-165. <https://doi.org/10.1079/phn2003586>

12. ANEKS

12.1. Aneks 1

LEJA ETIKE

Unë, Vjolanda Islamaj , studente në Masterin Shkencor në Shkenca Infermiore, Departamenti i Infermierisë, Fakulteti i Shëndetit Publik, në zbatim të rregullores së Departamentit të Infermierisë Neni 52, “Modalitetet për mbrojtjen e diplomës”, ju parashtrojmë kërkesën për dhënien nga ana juaj të lejes etike për kryerjen e një studimi shkencor për mbrojtjen e Diplomës për Masterin Shkencor, e cila duhet të kryhet vetëm me mbrojtje temë diplome.

Vend i studimit: Spitali Rajonal Vlorë.

Titulli i studimit: “Vetmenaxhimi I diabetit tipi 2, implikime infermiore”

Studimi do të jetë i tipit transversal dhe do të përfshijë të gjitha pacintët të cilat do të paraqiten në spital gjatë periudhës së zhvillimit të studimit.

Koha e zhvillimit: Mars - Qershor 2020

Mbledhja e të dhënave:të dhënat do të mblidhen nëpërmjet një pyetësoi të bazuar në literaturë.

Në cdo fazë të hartimit dhe zbatimit të studimit, kërkimi do të udhëhiqet nga Parimet etike të Kërkimit Mjekësor që përfshijnë njerëzit si dhe në bazë të deklaratës së Helsinkit dhe Etikës për kërkim të Komunitetit European si dhe të Kodit të Sjelljes për Integritet në Kërkimin Shkencor në Republikën e Shqipërisë. Kërkuesi siguron se në të gjitha fazat e studimit do të respektohen standartet etike për mbrojtjen e jetës, shëndetit, dinjtetit, integritetit, marrjes së vendimeve, privacisë dhe konfidencialitetit të personave të përfshirë në studim. Mbledha e të dhënave do të filloj vetëm pasi do të merret leja etike si dhe kur të gjithë individët që do të jenë pjesë e studimit, pasi do të informohen në lidhje me qëllimin e studimit të japin konsentin verbal. Pjesëmarrësit në studim do të informohen në lidhje me llojin e të dhënave që do të mblidhen, kërkuesin, kohëzgjatjen e studimit si dhe përshkrimin e procedurës së mbledhjes së të dhënave. Kërkuesi siguron se do të zhvilloj studimin në përputhje me protokollin e studimit të miratuar nga komitetet përkatëse etike.

Faleminderit për bashkëpunimin!

Me respekt Vjolanda Islamaj

12.2. Aneks 2

FLETE INFORMUESE

Përshëndetje,

Jam Vjolanda Islamaj, studente në prag diplomimi (Master Shkencor në Infermieri e Përgjithshme) në Fakultetin e Shëndetit Publik, Universiteti i Vlores "Ismail Qemali".

Jam duke kryer një studim në lidhje me Vetmenaxhimin e diabetit tipi 2, implikime infermierore ne Spitalin Rajonal Vlore (SRV).

Pjese e studimit do të jenë pacientët qe paraqiten në repartin e patologjisë në S.R.V gjatë periudhës së zhvilitimit. Të dhënat do të mblidhen nëpërmjet një pyetësoni anonim të vetëadministruar. Ky pyetësor është i ndarë në pesë seksione të cilat përfshijnë të dhenat sociodemografike, mjekimet dhe monitorimi i glukozës,dieta, aktiviteti fizikë dhe paaftësitë, njohuritë mbi sëmundjen dhe mbështetja sociale.

Të dhënat e përfituara pas analizës statistikore do të jenë pjesë e punimit tim për diplomim.

Pjesëmarrja është vullnetare, dhe ju në cdo moment mund të largoheni nga studimi.

Mund të fillojmë nëse ju dëshironi që ti përgjigjeni pyetjeve dhe jepni miratimin tuaj me gojë që dëshironi të jepni kontributin tuaj në këtë studim.

Edhe pse leja etike ishte përgatitur për mbledhjen e të dhenave në pacientët diabetik të hospitalizuar në Spitalin Rajonal Vlorë gjatë periudhës së kryerjes së studimit, pandemia e COVID-19 nuk e mundësoi realizimin e studimit në grup-popullatën e lartpërmendur. Duke iu përshtatur situatës, mbledhja e të dhënave u krye online duke respektuar të gjitha parimet etike dhe anonimatit.

Faleminderit për bashkëpunimin!

13 Aneks 3
PYETESORI (Formulari i Vlerësimit)

Mosha (vjec)
Gjinia femer <input type="checkbox"/> mashkull <input type="checkbox"/>
Punesimi Ne pun <input type="checkbox"/> Pa p <input type="checkbox"/> per <input type="checkbox"/> nist
Shkollimi 9 vjeca <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> em <input type="checkbox"/> I larte
Mjekimi antidiabetik Asnje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ins <input type="checkbox"/> ±oral
Kohezgjatja e mjekimit <5 v <input type="checkbox"/> 6-1 <input type="checkbox"/> te <input type="checkbox"/> vite
Semundje shoqeruese <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> o
Nese po, cilat

Mjekimet qe perdorni dhe monitorimi I glukozes

A e keni reduktuar/anashkaluar mjekimin tuaj <input type="checkbox"/> Mesa <input type="checkbox"/> sht <input type="checkbox"/> Jo
Ka ndihmuar kutia e medikamenteve si kujtese per ilacet e perdorura kundrejt diabetit Po <input type="checkbox"/> Mesataris <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> o
Sa shpesh e monitoroni glukozen Jo/asnjehere <input type="checkbox"/> ndonjeh <input type="checkbox"/> Nje here <input type="checkbox"/> dite <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> e ne dite
Sa e keni hemoglobinen e glukezuar (Hba1c)

Dieta

A keni reduktuar sheqerin ne dieten tuaj? Po <input type="checkbox"/> Mesataris <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A perdorni zvendesues te sheqerit ne dieten tuaj? P <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A perdorni sjellje qe ju devijojne nga dieta diabetike qe ndiqni? P <input type="checkbox"/> Mesa <input type="checkbox"/> ht <input type="checkbox"/> Jo
A perdorni pije me permbajtje sheqeri?

P <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A perdorni pije dietike(coca cola0 etj) Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
Sa I keni reduktuar ushqimet me permbajtje niseshteje Pd <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A keni rritur konsumin e frutave dhe perimeve? <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A perdorni perime pa permbajtje amidoni(niseshteje) Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A perdorni fruta si nje vakt te lehte? Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
I gatvani ushqimet pa yndyre? <input type="checkbox"/> Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A keni reduktuar yndyren ne dieten tuaj? Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A gatvani mish me permbajtje te ulet yndyre? Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A e keni reduktuar alkolin? Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A keni reduktuar kripen ne dieten tuaj? Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A e kontrolloni sasine e kalorive qe merrni? Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A perdorni ndonje strategji kur hani jashte? Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A perdorni nje orar ne te ushqyerin tuaj? Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo
A perdorni diet te pershtatur per diabetin? Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo

Aftesi e kufizuar, ushtrimet dhe aktiviteti fizik

Paaftesite Po <input type="checkbox"/> Mesata <input type="checkbox"/> t <input type="checkbox"/> Jo Ndonje <input type="checkbox"/> e
Aktiviteti fizik Asnj <input type="checkbox"/> Ushtrohet ne <input type="checkbox"/> epi <input type="checkbox"/> ushtrime <input type="checkbox"/> -30 m 3x/jave Ushtrime te posacme per diab <input type="checkbox"/>

Informacioni mbi diabetin dhe mbeshtetja sociale

Informacioni qe keni mbi semundjen e diabetit
Po <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jo
Cfare duhet te hani
Po <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jo
Si duhet te testohet glukoza
Po <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jo
Ushtrimet qe kryeni
Po <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jo
Informacioni jo I dobishem
Po <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jo
Kur u diagnostikuat per here te pare a keni pas informacione rreth semundjes
Po <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jo
Mbeshtetje sociale
Asnje
Po <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pak
Disa
Po <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> o <input type="checkbox"/> Pak
Perditshme/Shume
Po <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pak

Përmbledhje

Hyrje. Diabeti mellitus është sëmundje endokrinologjike dhe / ose metabolike me incidencë dhe prevalencë në rritje. Ndërkohë që DM 2(diabeti melitus tipi2) është duke u shdërruar në një epidemi në disa shtete, në të cilat pritet që numri i njerëzve të prekur të dyfishohet dekadën tjetër për shkak të plakjes së popullsisë. Modalitetet e trajtimit përfshijnë modifikimin e mënyrës së jetesës, trajtimin e mbipeshes, agjentët hipoglicemikë oral dhe sensibilizuesit e insulinës si metformina, biguanidet që zvogëlojnë rezistencën ndaj insulinës. Theksi do të vihet në njohuritë dhe mënyrat e vetmenaxhimit të sëmundjes.

Qëllimi i studimit. Vlerësimi i nivelit të vetmenaxhimit të diabetit tipi 2 te pacientët që trajtohen nga mjeku i familjes në qendra shëndetësore në qytetin e Vlorës si dhe identifikimi i faktorëve të mundshëm dhe pengesave që ndikojnë në vetmenaxhimin dhe vetëkujdesin e sëmundjes.

Metodologjia. Studimi do të jetë i tipit transversal. Të dhënat e studimit u mblodhën në periudhën Qershor –Korrik 2020 nëpërmjet një pyetësi standart anonim të bazuar në literaturë. Shpërndarja e pyetësorit u krye nëpërmjet platformës google form. Identifikimi i personave me diabet tipi 2 u krye nga regjistrat e mjekut të familjes. Pyetësi përbëhet nga 5 seksione me pyetje për vetmenaxhimin e diabetit si dhe një seksion për të dhënat socio--demografike.Në studim u përfshin 134 pacientë të grupmoshës 18-85 vjec. Vlera të $p < 0.05$ u konsideruan të rëndësishme nga ana statistikore.

Rezultatet. Moshë mesatare pacientëve ishte 42.7 vjeç dhe $SD \pm 15,5$. 69.40% e pjesëmarrësve ishin femra dhe 30.60% meshkuj. Lidhje sinjifikante statistikore u gjet midis të dhënave socio-demografike, (gjinisë) dhe variablit “dieta ushqimore”, $p < 0.001$, si edhe midis gjinisë dhe “aktivitetit fizik” $p < 0.001$ Gjithashtu u gjetën lidhje të rëndësishme midis njohurive për vetmenaxhim të sëmundjes edhe arsimimit $p < 0.05$.

Konkluzionet. Studimi evidentoi mungesën e pranisë së informacioneve në mënyrë të barabartë për popullatën e përfshirë në studim për vetmenaxhimin e sëmundjes.Femrat ishin ato që kryenin vetmenaxhim më të mirë në krahasim me meshkujt në lidhje me dietën ushqimore dhe aktivitetin fizik. Studimi evidentoi edhe rëndësinë e shkollimit në njohuritë për vetmenaxhim të sëmundjes, kështu personat me arsim të lartë kishin njohuri më të mira për vetmenaxhim të sëmundjes. Fokus i vecantë duhet drejtuar drejt krijimit të programeve edukative sipas target grupeve nga profesionistët e shëndetit me qëllim rritjen e nivelit të vetmenaxhimit të diabetit tipi 2 dhe reduktim të kostove shëndetësore të sëmundjes.

Fjalët kyçe: pacientë, diabet tipi 2, vetmenaxhim, vlerësim, modifikim etj.

Abstract

Introduction.Diabetes mellitus is an endocrinological disease and / or metabolic with a raising incidence and prevalence. Meanwhile diabetes mellitus type 2 (DM2) is turning into an epidemic in some countries, in which is expected that the number of people diagnosed with it, to double next decade because of the population getting older. A cure for this disease has not been found yet, however ways of treatment include modifying lifestyle, treating being overweight, oral hypoglycemic agents and insulin sensitizers such as metformin, biguanides who diminish resistance against insulin. Emphasis will place in knowledge and self care of the disease.

Purpose of study. Evaluation of the level of self management of diabetes type 2 at the patients who appear in the medical centers in the city of Vlora, also identification of possible variables and obstacles who affect in self management and self care of the disease.

Methodology. This is a transversal study. Data was collected in period June-July 2020 through a standard anonymous questionnaire. Distribution was made through platform google forms. Identification of the patient's with type 2 diabetes was made from medical records of the family doctor. The questionnaire is organized in five sections. 134 patients of the age group 18-85 years were the study sample. Values of $p < 0.5$ were considered statistically significant.

Results. The average age of patients was 42.7 years old and $SD \pm 15,5$. 69.40% were women and 30.60% men. A statistically significant relationship was found between socio-demographic (gender) data and “food diet”, $p < 0.05$. Also, a significant relation between knowledge of self management and education $p < 0.05$ was found.

Conclusions. This study highlighted the absence of information equally for the whole study population for self management of the disease. Females were the ones who performed a better self management compared to men. This study evidenced the importance of education in knowledge about self management of the disease, way people with higher education had better knowledge on self management. A special focus should be directed towards creating educational programs according to target groups from health professionals with the purpose of raising the level of self management of type2 diabetes and a reduction of health costs of the disease.

Key words: patients, type 2 diabetes, self management, valuation, modification etc.

