

**UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”**

**FAKULTETI I MJEKËSISË**

**DREJTIMI INFERMIERI**



**PUNIM DIPLOME**

Roli i infermieres së patronazhit tek të sëmurit me  
sëmundje të zemrës

Kandidatja:

**Gentijana Gjoklaj**

Mentori:

**Prof. Ass. Ramush Bejiqi**

Gjakovë, 2018

## ***DEKLARATA E STUDENTIT***

*Unë, Gentijana Gjoklaj me Nr. ID140306017, në Universitetin e Gjakovës “Fehmi Agani”, Fakulteti i Mjekësisë, Drejtimi Infermieri deklaroj se punimi me temën: “Roli i infermieres së patronazhit tek të sëmurit me sëmundje të zemrës” është i imi dhe në terësi origjinal. Të njëjtin nuk e kam kopjuar nga asnjë punim të studentëve tjerë, apo nga ndonjë burim tjetër përveq atyre burimeve të listuara në referenca.*

## **FALËNDERIME DHE MIRËNJOHJE**

Së pari, dua të falënderoj familjen time për kurajon dhe mbështetjen që më kanë ofruar gjatë gjithë kohës së shkollimit tim.

Shprehi mirënjohjen time me të sinqertë për të gjithë profesorët e Universitetit “Fehmi Agani” për punën e pakursyer dhe përkrahjen që më kanë ofruar në rrugën e gjatë të arsimimit tim.

Falënderim të veçantë kam për profesorin Ramush Bejiqi për mbështetjen e çmuar që më ofroi përgjatë gjithë punës time, e çmoj shumë për durimin që pati për diskutimet, këshillat dhe rekomandimet që mi dha për të përfunduar këtë punim diplome.

Të gjithëve sinqerisht, faleminderit.

## **Lista e shkurtesave**

**SKV** - Sëmundjet kardiovaskulare

**HDL** - Densitet i lartë i lipoproteinav

**LDL** - Densitet i ulët i lipoproteinav

**TA** - Tensioni arterial

**HTA** - Hipertensioni arterial

**IM** - Infarkti i miokardit

**EKG** - Elektrokardiogrami

**CT** - Tomografia e kompjuterizuar

**RKP** - Reanimimi kardiopulmonar

**OBSH** - Organizata botërore e shëndetësisë

**AP** - Angina pectoris

# **PËRMBAJTJA**

<b>ABSTRAKTI</b> .....	6
<b>HYRJE</b> .....	8
<b>1. SËMUNDJET KARDIOVASKULARE</b> .....	11
1.1. Epidemiologjia.....	12
1.2. Shkaktarët.....	14
1.3. Simptomatologjia.....	15
1.4. Llojet e sëmundjeve të zemrës.....	16
1.4.1. Sëmundjet e lindura të zemrës.....	17
1.4.2. Insuficienca kardiake.....	18
1.4.3. Hipertensioni.....	19
1.4.4. Angina Pectoris.....	21
1.4.5. Infarkti i miokardit.....	22
1.4.6. Perikarditi.....	25
1.4.7. Arresti kardiak.....	26
1.5. <b>ROLI I INFERMIERES SË PATRONAZHIT</b> .....	27
1.5.1. Edukimi shëndetësor.....	29
1.5.2. Vlerësimi fizik.....	30
1.5.3. Vlerësimi psikosocial.....	31
<b>2. QËLLIMI I PUNIMIT</b> .....	33
2.1. Objektivat.....	33
<b>3. METODOLOGJIA</b> .....	33
<b>4. REZULTATET</b> .....	34
<b>5. DISKUTIMET</b> .....	37
<b>6. PËRFUNDIMI</b> .....	38
<b>7. KONKLuzionET</b> .....	39
<b>8. REFERENCAT</b> .....	40
<b>9. CV E KANDIDATIT</b> .....	41

## ABSTRAKTI

**Hyrje:** infermieri/ja duhet të siguron një histori të plotë e cila përfshinë të dhënat e sëmundjes aktuale dhe të sëmundjve të mëhereshme personale dhe në familje, të dhënat personale dhe familjare, dietën, gjendjen socio-ekonomike, dhe vlerësimet funksionale. Duke i hartuar këto të dhëna si dhe në bazë të këtyre të dhënave infermierja krijon planin e kujdesit për pacientët me sëmundje të sistemit kardiovaskular (SKV).

**Përmbajtja:** sistemi kardiovaskular përbëhet nga zemra dhe enët e gjakut, nëpër të cilat gjaku pandërprerë qarkullon, duke bërë transportin e ushqimit dhe të gazrave. Sëmundjet kardiovaskulare (SKV) përfshijnë një grup të gjerë të sëmundjeve që lajmërohen në zemër dhe në enët e gjakut. Sëmundjet kardiovaskulare janë shkaku më i shpeshtë i sëmundshemries dhe vdekshmërisë kudo në botë. Mendohet se rreth viteve 2030, kur popullsia në botë pritet të arrijë 8.2 miliardë, 32.5% e të gjitha vdekjeve do të jenë rezultat i SKV. Përsa i përket barrës së vdekjeve, faktor kryesor rreziku i SKV është shtypja e lartë e gjakut, të cilit i atribuohen 13% e vdekjeve globale, e ndjekur nga përdorimi i duhanit në 9%, sheqeri i ngritur në gjak në 6%, pasiviteti fizik në 6%, dhe mbipesha dhe obeziteti në 5% të popullatës. Nga ky kënd vështrimi shumica e sëmundjeve kardiovaskulare janë shkaktuar nga faktorët e rreziku që mund të kontrollohen, trajtohen ose të modifikohen. Simptomat e sëmundjeve të zemrës shpesh mund të mbeten të fshehura dhe pa u vënë re deri në fazat e mëvonshme të progredimit të sëmundjve të sistemit kardivaskular. Shenjat e zakonshme të njeriu që vuan nga problemet kardiovaskulare përfshijnë: marramendja, dobësia, dhe dhimbje në këmbë gjatë ecjes por që tërhiqen në pushim. Shenjat tjera janë dhimbje në gjoks ose qafe dhe që përkeqësohet me ngarkesën fizike ose pas ngrënies së ushqimit kur mund të lajmërohen edhe, probleme me frymëmarrje. Sëmundjet më të zakonshme të këtij grupi janë: sëmundjet e lindura të zemrës, insuficienca e zemrës, sëmundjet koronare të zemrës, hipertensioni arterial, hipotensioni arterial, angina pektoris, infarkti i miokardit, perikarditi, arresti kardiak, ateroskleroza, miokarditi etj. Këta pacienta kërkojnë një kujdes të veçantë, meqenëse zemra është organi kryesor i organizmit tonë. Një rol të rëndësishëm në këtë drejtim luan edhe infermierja e patronazhit. Sipas OBSH infermieret e patronazhit kanë një rol të rëndësishëm në ofrimin dhe përparimin e shëndetit në gjithë popullatën. Ato mund të veprojnë në mënyrë preventive në shëndetin e komunitetit, të kontribuojnë në parandalimin e komplikimeve dhe çrregullimeve dhe, së bashku me veprimtaritë tjera të marrin pjesë në

ruajtjen dhe mbrojtjen e shëndetit. Metoda e cila është përdorur për realizimin e këtij studimi është: retrospektive. Në realizimin e këtij punimi, të dhënat për pacient janë siguruar nga libri i protokollit në Repartin e Njësisë Koronare të Spitalit Regjional “Isa Grezda” në Gjakovë.

**Përfundimi:** në bazë të rezultateve kemi arritur në përfundim se numri i pacientëve me sëmundje kardiovaskulare është në rritje në format e ndryshme të manifestimit. Për këtë arsye, është shumë e rëndësishme të punojmë në drejtim të zvogëlimit dhe të modifikimit të faktorëve të rrezikut.

Gjithashtu, kemi ardhur deri në përfundim se sëmundjet e zemrës dallojnë nga moshat e prekura, nga gjinia, mënyra e jetës, gjendja socio-ekonomike e tyre etj.

**Fjalët kyçe:** *Sëmundjet kardiovaskulare, infermierja e patronazhit, zemra, hipertensioni.*

## HYRJE

Infermieri/ja siguron të dhëna të plota për pacientin dhe këto përfshijnë të dhënat demografike, historia personale dhe familjare, dietën, gjendjen socio-ekonomike, dhe vlerësimet funksionale.

**Të dhënat demografike:** përfshijnë njohuritë mbi moshën, gjininë, dhe origjinën etnike. Incidenca e sëmundjeve koronare dhe sëmundjeve valvulare rritet me moshë, gjithashtu varion edhe nga gjinia. Mosha, gjinia, niveli kulturor si dhe trashëgimia familjare e sëmundjeve kardiovaskulare janë konsideruar si faktorë rresikues jo të modifikueshem ose të pakontrollueshem. Faktorë rrishtues të modifikueshëm (p.sh. presioni i lartë i gjakut dhe shtimi i tepërt i nivelit të kolesterolit në gjak) janë faktorët rrishtues, të cilat nëse kontrollohen, mund të reduktojnë rrezikun për këto sëmundje.

**Historia personale dhe familjare:** infermieri/ja gjithashtu merr informata nga pacienti për vizita më parë në sistemet e kujdesit shëndetësor. Për shembull, hospitalizime të mëparëshme të cilat mund të përfshijnë trajtimet për dëmtime, ndërhyrje kirurgjikale, dhe teste diagnostikuese (si elektrokardiografi dhe kateterizimi kardiak). Është e rëndësishme të merren informata në mënyrë të veçantë për infeksionet streptokoksike dhe ethe reumatizmale sepse këto gjendje mund të çojnë në anomali të valvulave të zemrës. Përveç kësaj infermieri/ja informohet për defekte kongenitale të zemrës.

Historia familjare përfshinë informata për moshën dhe gjendjen shëndetësore, si dhe vdekjet e anëtarve të familjes prej sëmundjeve kardiovaskulare apo sëmundjeve me rëndësi socioepidemiologjike.

**Dieta:** informatat për dietën përfshijnë marrjen e ushqimeve dhe likideve në 24 orë, vetëkufizimet dhe dietën mjekësore të kufizuar ose suplementare, sasinë dhe tipin e alkoolit të konsumuar. Infermieri/ja dhe dietisti ekzaminon llojin e ushqimit për sasinë e kripës, sheqerit, kolesterolit dhe yndyrave. Krejt kjo për shkak se këto pjesë të ushqimit janë të shoqëruara me sëmundje të arterieve koronare dhe presion të lartë të gjakut.

**Gjendja socio-ekonomike:** përfshinë informacione për situatën familjare të pacientit, si gjendja martesore, numri i fëmijëve, mjedisi në të cilën jetojnë dhe profesioni. Infermieri/ja pyet për profesionin e pacientit duke përfshirë llojin e punës dhe kërkesat për të kryer një punë.



**Jeta sedentare:** jeta sedentare është konsideruar një faktor rrisht i rëndësishëm, në zhvillimin e sëmundjeve të zemrës. Një aktivitet i rregullt fizik ndikon pozitivisht në sistemin kardiovaskular dhe prodhon ndryshime të dobishme në presionin e gjakut dhe nivelin e lipideve në gjak.

**Pirja e duhanit:** është faktori kryesor i sëmundjeve kardiovaskulare. Historia për pirjen e duhanit përfshinë numrin e cigareve që konsumon në ditë, kohëzgjatjen e pirjes së duhanit, moshën kur ka filluar pirjen e duhanit.

Lënia e duhanit është e vështirë, por infermieri/ja këmbëngul në:

- Përsëritjen e këshillës për lënie e duhanit në çdo vizitë
- Udhëzimet për teknikat e suksesshme të lënies së duhanit dhe eventualisht
- Përdorimi i substancave kundër nikotinës.

**Alkooli:** përdorimi i tepërt i tij, meqë, në të vërtetë, alkooli mbahet si faktor mbrojtës nga sëmundja koronare në personat që përdorin sasi të vogla (1 deri 3 njësi standarde të alkoolit në ditë). Mirëpo, përdorimi i sasive të mëdha të alkoolit mund të shkaktojë çrregullime në zemër dhe të shoqërohet me rrezik të insultit cerebral i shoqëruar me hipertension etj.

**Obeziteti:** është një faktor rrisht sepse shoqërohet me hipertension, hiperlipidemi, dhe diabet, dhe të gjitha këto njihen si kontribues të sëmundjeve kardiovaskulare. Infermieri/ja ekzaminon pacientin për llojin e obezitetit, të njohura si obeziteti në bel apo në kockat e legenit. Pacientët me obezitet abdominal janë më të predispozuar për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare se pacientët me dhjamra të vendosura në vithje, legen dhe kofshë.

**Trashëgimia:** studimet mjekësore kanë treguar se fëmijët e prindërve që vuajnë nga sëmundjet kardiovaskulare kanë më shumë gjasa për t'u prekur nga këto sëmundje. Kjo sëmundjet mendohet që trashëgohet edhe midis fëmijëve, vëllezërve - motrave.

Është dokumentuar se fuqia e faktorëve të rrezikut nga sëmundjet kardiovaskulare është aq më e madhe sa më i madhë të jetë numri i faktorëve të pranishëm te një individ i

caktuar. Një faktor i vetëm mund të mos përbëjë rrezik të madh po të mos jetë i një madhësie të caktuar. Por, prania e shumë faktorëve së bashku, përbën rrezik të madh qoftë edhe sikur ato të mos jenë në nivele kërcënuese. Në të njëjtën kohë është vërtetuar tashmë se zhdukja ose minimizimi i faktorëve të rrezikut bën të mundur parandalimin e zhvillimit të SKV, frenimin e zhvillimit të tyre kur ato janë shfaqur tashmë, parandalimin e ndërlikimeve si dhe të përsëritjes së tyre.

Tabela 1. Klasifikimi i faktorëve të rrezikut kardiovaskular

Biologjikë	Përcaktues të stilit të jetesës	Përcaktues më të gjerë	
		Të pamodifikueshëm	Të modifikueshëm
Niveli i lartë i presionit të gjakut	Duhanpirja	Mosha	Të ardhurat
Niveli i lartë i kolesterolit	Dieta e pashëndetshme	Gjinia	Arsimimi
Niveli i lartë i sheqerit	Abuzimi me alkoolin	Gjenetika	Kushtet e jetesës
Mbipesha/obeziteti	Inaktiviteti fizik	Etnia	Kushtet e punës

# 1. SËMUNDJET KARDIOVASKULARE

Zemra është e vendosur në kafazin e krahavorit në mes të dy mushkërive. Zemra ka formën e një koni, baza e së cilit është e orientuar lart, djathtas dhe prapa, ndërsa maja (apeksi) poshtë, majtas dhe përpara. Në prerjen gjatësore të zemrës mund të vërehen katër hapësira. Atriumi i djathtë dhe atrium i majtë gjenden në bazë të zemrës. Janë të ndarë me një murë që quhet septumi interatrial. Duke shkuar nga maja vërehen dy hapësira më të mëdha ventrikuli i djathtë dhe ai i majtë. Këto janë të ndarë me murin e quajtur septumi interventrikular.

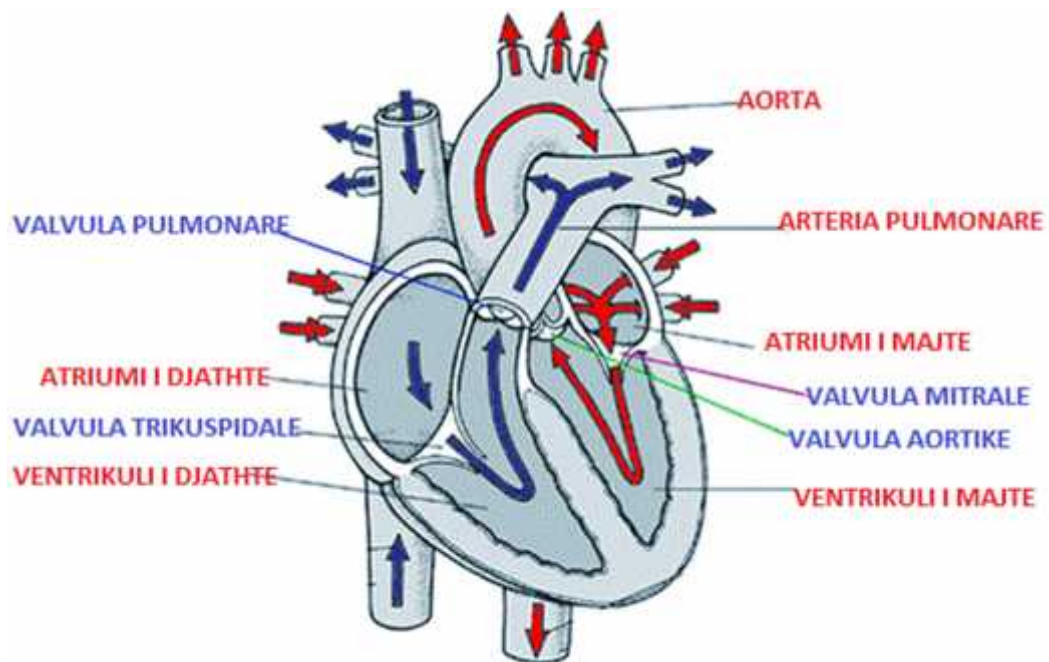


Fig.1. Prerja gjatësore e zemrës

Sistemi kardiovaskular përbëhet nga zemra dhe enët e gjakut, nëpër të cilat gjaku pandërprerë qarkullon, duke bërë transportimin e ushqimit dhe të gazrave. Zemra është organ i zgavruar muskolor i përbërë prej dy zgavrave më të vogla, veshëza dhe dy zgavra më të mëdha, barkushe, të cilët tkurren dhe shtrihen duke e detyruar gjakun të qarkullojë. Arteriet janë enë elastike të gjakut, të cilat gjakun e largojnë nga zemra. Venat janë enë të buta elastike të cilat e sjellin gjakun në zemër. Kapilaret e gjakut janë enët më të holla, përmes të cilave bëhet këmbimi i materieve ushqyese në gjak. Sëmundjet kardiovaskulare (SKV) janë një term i gjerë dhe përfshijnë një sërë sëmundjesh që ndikojnë në zemër dhe në enët e gjakut. Një atak në zemër ose goditje në tru mund të jetë paralajmërimi i parë i

një sëmundje kryesore. Sipas të dhënave për sëmundjet e sistemit kardiovaskular, sëmundjet më të zakonshme të këti grupi janë:

- a) Sëmundjet e trurit - sëmundjet që ndikojnë në enët e gjakut që ofrojnë gjak në tru;
- b) Sëmundjet e lindura të zemrës - keqformime të ndryshme të lindura të strukturës së zemrës;
- c) Sëmundjet koronare të zemrës - sëmundje të cilat shfaqen si pasojë e ngushtimit të arterieve koronare, arterieve që ushqejnë vet muskulin e zemrës;
- d) Sëmundjet reumatike të zemrës - sëmundje të valvulave të zemrës dhe muskujve, të cilat lajmrohen si rezultat i sulmit reumatik;
- e) Sëmundjet periferike arteriale - sëmundjet që prekin enët e gjakut që ofrojnë gjak në gjymtyret e njeriut;
- f) Trombozat e thella venoze - paraqesin formimin e një trombi në vena të thella brenda një muskuli në trup (mund të udhëtojnë në zemër ose në mushkëri).

## **1.1. EPIDEMIOLOGJIA**

Sëmundjet kardiovaskulare janë tashmë shkak më i zakonshëm i vdekjes kudo në botë. Përpara vitit 1900, sëmundjet infektive dhe kequshqyerja ishin shkaqet më të zakonshëm të vdekjes kudo në botë dhe SKV ishin përgjegjëse për < 10% të të gjitha vdekjeve. Sot SKV llogariten se përfshinë rreth 30% të vdekjeve kudo në botë, afërsisht 40% në vendet e zhvilluara dhe rreth 28% në vendet me të ardhura mesatare dhe të ulëta. Mendohet se rreth viteve 2030, kur popullsia pritet të arrijë 8.2 miliard, 32.5% e të gjitha vdekjeve pritet të jenë rezultat i SKV. Ndryshimet globale në nivelet e SKV është i lidhur me ndryshimet e përkohshme dhe rajonale në faktorët e njohur të sjelljes dhe të rrezikut. Përsa i përket barrës së vdekjeve, faktor kryesor i rrezikut të SKV është presioni i lartë i gjakut, të cilit i atribuohet 13% e vdekjeve globale, e ndjekur nga përdorimi i duhanit në 9%, sheqeri i ngritur në gjak në 6%, pasiviteti fizik në 6% dhe obeziteti në 5% të popullatës. Nga ky kënd vështrimi shumica e sëmundjeve kardiovaskulare janë shkaktuar nga faktorët e rrezikut që mund të kontrollohen, trajtohen ose të modifikohen. Ekspertët e shëndetësisë sot në botë, besojnë se sëmundjet kardiovaskulare janë dukshëm të parandalueshme, duke evituar një numër të madh vdekjesh të parakohëshme. Në shumicën

e vendëve të Europës veriore, perëndimore e jugore, vdekshmëria nga sëmundjet kardiovaskulare, incidencat dhe ndërlikimet janë ulur. Faktorët madhorë të këtij ndryshimi raportohet se janë: ndryshimi i mënyrës së jetesës, si ushqyerja me më shumë fruta e perime, më pak yndyrna shtazore dhe kalori, ulje të nivelit të duhanpirjes. Përmirësimi i sistemit të shërbimeve shëndetësore, si kapje e hershme dhe trajtim i përshtatshëm i faktorëve të rrezikut sidomos hipertensionit, trajtim më i mirë i urgjencës dhe ndërhyrjet fizike në enët koronare, etj.

Ndërsa në vendet e Europës Qendrore e Lindore, SKV jo vetëm që nuk janë ulur por edhe janë rritur. SKV janë duke u rritur në vendet që po kalojnë fazen e zhvillimit të tyre socio-ekonomik, dhe kjo mënyra e jetës po i afrohet asaj të quajtur “amerikane”, ushqyerje me shumë kalori, shumë yndyrna, pak aktivitet fizik, etj. Është një mit që sëmundjet e zemrës prekin vetëm të moshuarit, meshkujt si dhe popullatat e pasura. SKV prekin sa gratë po aq dhe burrat megjithatë rreziku i SKV tek gratë është nënvlerësuar seriozisht. Në fakt, sëmundjet e zemrës janë vrasësi numer një i grave në botë. Edhe pse sëmundjet kardiovaskulare si të gjitha sëmundjet kronike rriten me moshën ato takohen më shpesh në moshat e larta, ato nuk duhen konsideruar si një problem vetëm i të moshuarve. Fëmijët janë gjithashtu shumë të prekshëm.

Tri strategji plotësuese mund të përdoren për të pakësuar ndikimin e SKV:

- Së pari, faktorët e rrezikut për SKV mund të ulen me vetëdijesimin e popullsis për shëndetin publik, përmes fushatave të ndryshme si: fushata kombëtare kundër pirjes së duhanit, dietave jo të shëndetshme dhe mungesës së aktivitetit fizik.
- Së dyti, është e rëndësishme të identifikohen nën grupet e popullatës në rrezik më të lartë, për të përfituar nga ndërhyrjet parandaluese me kosto të ultë specifike, duke përfshirë analizimin dhe trajtimin e HTA dhe kolesterolin e rritur.
- Së treti, burimet duhet të shpërndahen në ndërhyrjet e menjëhershme, si dhe në parandalimin dytësor. Një hapë i rëndësishëm është vlerësimi më i mirë i vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë specifike sipas shkakut.

## 1.2. SHKAKTARËT

Shkaktarët e sëmundjeve kardiovaskulare janë të ndryshëm si: presioni i lartë i gjakut, infeksioni kronik, inflamacion kronik, diabeti, hipotiroidismi, obeziteti, dieta e varfër, mangësit ushqyese, mungesa e ushtrimit, pirja e duhanit, predispozita gjenetike, ankthi, depresioni, stresi, dislipidemitë.

**Hipertensioni:** presioni i lartë i gjakut mund të rrisë ndjeshëm rrezikun e sulmit në zemër dhe llojet e tjera të sëmundjeve të zemrës për shkak të asaj se si nivelet e presionit të lartë të gjakut mund të dëmtojë muret e arterieve. Shpesh tensioni i lartë i gjakut mund të jetë i pranishëm pa asnjë simptomë, duke e bërë të këshillueshme matjet e rregullta të presionit të gjakut.

**Infeksionet:** infeksioni kronik është një tjetër shkaktar i njohur i sëmundjeve kardiovaskulare. Sipas studiuesve, agjentët primar infektiv të lidhur me sëmundjet e zemrës janë Klamidia (sidomos Chlamydia pneumonia, me të cilën vijnë në kontakt 95% e të gjithë njerëzve në një pikë në jetën e tyre).

**Diabeti:** personat diabetikë janë dyfish më të rrezikuar për të zhvilluar sëmundje artereosklerotike të enëve të gjakut kundrejt jodiabetikëve. Kemi dy tipe të diabetit, diabeti i tipit I, që zakonisht është me origjinë virale, ku nuk prodhohet më insulinë dhe diabetin e tipit II që mund të shfaqet nga mbipesha, mungesa e aktivitetit fizik, tek të cilët prodhohet insulin por jo e mjaftueshme për ta rregulluar nivelin e glikemisë.

**Hipotiroidismi:** funksioni i mangët i gjëndrës tiroide, mund të kontribuojë në sëmundjet e zemrës për shkak të pabarazive të ndryshme që krijohen me hipofunksion të saj. Funksioni i ulët i tiroideve mund të pengojë dukshëm metabolizmin e përgjithshëm në trupin e pacientit, si dhe të ndikojë negativisht në normën e tij të zemrës dhe presionin e gjakut, të cilat mund të rezultojnë në kushte më të rënda kardiovaskulare nëse infektimi nuk trajtohet.

**Stresi:** nxitë shpërthimin e hormoneve katekolamineve, të cilat janë vazo ngushtuese dhe bëjnë ngushtimin e enëve të gjakut të zemrës, të cilat nëse janë edhe të shtresuara nga pllakat arteriosklerotike, mund të çojnë në mbylljen totale të enës së gjakut, duke shkaktuar infarkt.

***Mangësitë ushqyese:*** mungesa e ushqyesve thelbësor të organizmit dhe të zemrës si vitamina C dhe E, koenzima Q10 (CoQ10), magnezi, seleni, acidet yndyrore esenciale dhe aminoacidet si lysine, kontribuojnë në sëmundjet e zemrës.

***Dislipidemia:*** yndyrerat përfshijnë kolesterolin dhe triglicididet. Dy komponentët kryesor të kolesterolit janë: LDL kolesteroli, që është komponenti i dëmshëm si dhe komponenti i mirë i quajtur HDL kolesterol, ku ky i fundit pastron gjakun nga saisa e tepërt e kolesterolit.

### **1.3. SIMPTOMATOLOGJIA**

Simptomat e sëmundjeve kardiovaskulare shpesh mund të mbeten të fshehura dhe pa u vënë re deri në fazat e mëvonshme të progredimit të sëmundjeve të sistemit kardivaskular. Më shumë se gjysma e të gjitha rasteve të atakut kardiak nuk ka simptoma evidente para vdekjes. Prandaj, është e rëndësishme që ju të hetoni për simptomat sa më herët dhe në mënyrë të vazhdueshme, për të minimizuar rrezikun tuaj.

Simptomat përcaktuese për shfaqjen e sëmundjeve të zemrës janë të ndryshme, sipas kategorive të prekura. Shpesh herë ka ndodhur që pacienti të ketë trashëguar këto sëmundje që nga fëmijëria dhe në shumicën e rasteve këto patologji janë asimptomatike. Megjithatë i sëmuri duhet të tregohet vigjilent në disa situata si p.sh. ngjitja në shkallë, ku manifestohet lodhja dhe dispnea dhe në këto raste mund të ketë dhimbje të kraharorit. Edhe në rastet kur i sëmuri del në ambient të ftohtë, mund të shfaqet dhimbja e gjoksit.

Shenjat e zakonshme se njeriu vuan nga problemet kardiovaskulare përfshijnë: marramendjen, dobësinë, dhe dhimbje në këmbë gjatë ecjes por që tërhiqen në pushim. Shenjat tjera janë dhimbje në gjoks ose qafe dhe që përkeqësohet me ngarkesën fizike ose pas ngrënies së ushqimit kur mund të lajmërohen edhe probleme me frymëmarrje.

Gjithashtu, pacienti ndihet i lodhur dhe kjo nuk është lodhje, që mund të vijë nga mungesa e gjumit apo puna fizike. Bëhet fjalë për një lodhje ekstreme si pasojë e mungesës së oksigjenit.

Këmbë të enjtura është një shenjë e problemeve në zemër, një gjendje kronike, në të cilën zemra pompon gjak në mënyrë joefikase. Ankthi, djersitje, përzieret këto janë simptomat klasike të një paniku, por ato janë edhe treguesit e një “sulmi” në zemër. Nëse këto simptoma sjellin lodhje ekstreme, shoqërohen me dhimbje, duhet të shkoni në urgjencë menjëherë.



Fig.2. Dhimbje e kraharorit

## **1.4. LLOJET E SËMUNDJEVE TË ZEMRËS**

Sëmundjet më të zakonshme të këtij grupi janë:

Sëmundjet e lindura të zemrës, insuficienca e zemrës, sëmundjet koronare të zemrës, hipertensioni arterial, hipotensioni arterial, angina pectoris, infarkti i miokardit, perikarditi, arresti kardiak, ateroskleroza, miokarditi etj.



### 1.4.1. Sëmundjet e lindura të zemrës

Sëmundjet kongjenitale të zemrës janë më të zakonshmet prej anomalive të zhvilluara në mitër. Shfaqen si pasojë e çrregullimeve gjatë jetës intrauterine që shkaktohen nga faktorët e jashtëm (virusët, toksinet, medikamentet) apo nga aberacionet kromozomale.

- **Incidenca:** tetë foshnje në një mijë janë të lindur me sëmundje kongjenitale të zemrës. Kjo është ekuivalente me 1% të lindjeve të gjalla.

Ku pa një mjekim të hershëm, shumica e pacientëve do të vdesin në jetën infantile apo në fëmijëri dhe vetëm 5-15% do të arrijnë pubertetin. Mirëpo, avancimi i procedurave kirurgjike, si dhe sukseset në mjekimin konservativ kanë ndryshuar prognozën për sëmundjet kongjenitale.

- **Etiologjia:** faktorët etiologjikë që çojnë në zhvillimin e veseve të lindura të zemrës, ndahen në dy grupe faktorët gjenetikë dhe faktorët metagjenetikë.

**Faktorët gjenetik:** kontribuojnë në etiologjinë dhe fiziopatologjinë e çdo anomalie të fiziologjisë humane, natyrisht dhe të çrregullimeve të zemrës dhe të sistemit vaskular.

Pacientët me defekte kromozomale ose defekte të një gjeni, përbëjnë 5-10% të pacientëve me sëmundje kongjenitale të zemrës. Anomalitë kromozomike që shoqërohen më shpesh me defekte kongjenitale të zemrës janë sindromi Down dhe sindromi Turner. Rreth ½ e pacienteve me sindromin Down (trizomia 21, mongoloizmi) kanë anomali kardiake kongjenitale.

**Faktorët metagjenetikë:** janë faktorë të jashtëm, jogjenetikë të cilët ndërhyjnë në procesin e embrigjenezës, sidomos midis ditës së 20-40. Në këta faktorë bëjnë pjesë:

- a) Faktorët infeksiozë (rubeola, virusi i hepatit B etj)
  - b) Faktorët toksikë (medikamentet antimykotikë, citostatikët, sulfamidet, warfarina etj)
  - c) Faktorët fizikë (radiacionet jonizuese)
  - d) Faktorët metabolikë dhe ushqimor (mungesa e vitaminave, abuzimi me alkool).
- **Manifestimi klinik:** pothuajse të gjitha anomalitë e zemrës paraqiten me ndonjë simptomë. Disa nga simptomat paraqiten menjëherë pas lindjes së fëmijës, ndërsa simptomat tjera paraqiten më vonë. Zhurma e zemrës është shenja më karakteristike që flet për ndonjë anomali të mundshme të zemrës por megjithatë, jo çdo zhurmë e

zembrës është shenjë për anomali të zembrës. Përmes kontrollit me stetoskop mund të përcaktojmë nëse zhurmat e dëgjuar të zembrës janë shenjë për anomali të mundshëm.

- **Metodat diagnostike:** elektrokardiografia (EKG), ekokardiografia, angiografia (kateterizimi kardiak), elektrofiziologjia e zembrës.
- **Trajtimi:** anomalit e thjeshta të zembrës si vrimat e vogla në ventrikuj dhe atriume mund të mbyllen vetë, kështu që nuk nevojitet trajtim kirurgjik përveç kontrollave të rregullta te pediatri-kardiologu. Megjithatë, anomalitë më të ndërlikuara të zembrës kërkojnë trajtim kirurgjik.

#### 1.4.2. Insuficienca kardiake

Insuficienca kardiake është paaftësia e zembrës për të pompuar sasinë e mjaftueshme të gjakut për të plotësuar nevojat e organizmit. Organizmi jonë ka një aftësi të mahnitshme për të rikuperuar dështimin e zembrës. Ai mund të bëjë një punë aq të mirë sa që ju të mos e dini se keni sëmundje. Por kur të arrij një shkallë më të rëndë, zemra dhe organizmi juaj nuk do të jenë më në gjendje të vazhdojnë. Atëherë lëngjet do të fillojnë të mblidhen në organizmin tuaj, dhe ju do të keni shenja si ndjenjë pafuqie dhe nxënie të frymëmarrjes. Kjo mbledhje e lëngjeve quhet kongestion. Kjo është arsya se pse mjekët e quajnë këtë sëmundje pamjaftueshmëri kongjестive e zembrës.

- **Etiologjia:** shkaktari më i zakonshëm i insuficiencës kardiake është infarkti i miokardit. Shkaktarët e tjerë janë hipertensioni, stenoza pulmonare, disfunkcionet e miokardit, çrregullimet valvulare, dëmtimet e arteries koronare, diabeti etj.
- **Incidenca:** insuficienca kardiake ndodh më shumë te moshat e vjetra, dhe prevalenca e saj rritet me rritjen e moshës. Insuficienca kardiake është më e shpeshtë te meshkujt se te femrat.
- **Vlerësimi infermieror:** manifestimet e insuficiencës kardiake varen nga ventrikuli i përfshirë dhe nga shkaktari. Dobësimi i perfuzionit të indeve, kongjestionioni pulmonar dhe edema dominojnë te insuficienca e ventrikulit të majtë. Kongjestionioni sistemik venoz dhe edema periferike janë dominuese te insuficienca e ventrikulit të djathtë.
- **Manifestimi klinik:** në fazën e hershme të sëmundjes shfaqen: lodhje, nxënie të frymëmarrjes gjatë ushtrimeve, palpitacion, raskapitje dhe molisje.

Me keqësimin e pamjaftueshmërisë, lëngjet fillojnë të mblidhen në mushkëri dhe në pjesë tjera të organizmit. Andaj, pacienti ka frymëmarrje të shkurtë dhe të shpesht, ënjtje (edem) veçanërisht në këmbë, gjunjë, kollitje ose gërhatje, urinim gjatë natës.

*Insuficienca e ventrikulit të majtë:* me mos funksionimin e ventrikulit të majtë, puna kardiake dëmtohet, keqësohet përfuzioni i indeve dhe pacienti shpesh raporton për lodhje të theksuar. Kolla mund të jetë manifestimi i parë sepse gjaku tërhiqet mbrapa nga ventrikuli i majtë në enët pulmonare. Në fazat e hershme kolla përshkruhet si irrituese, dhe zakonisht jo produktive. Pacienti gjithashtu ka frymëmarrje jo normale dhe dispne.

*Insuficienca e ventrikulit të djathtë:* insuficienca e ventrikulit të djathtë shoqërohet me një rritje të presionit sistematik venoz. Ajo paraqitet me distension të venave jugulare, hepatomegali, edema dhe ascit. Me anë të inspeksionit, infermieri/ja vlerëson për distension të venave të qafës, gjithashtu mat perimetrin abdominal dhe vlersëson për prezencën e hepatomegalisë dhe ascitit.

- **Terapia medikamentoze:** medikamentet e zakonshme të përshkruara për reduktimin e preload-it janë diuretikët dhe vazodilatatorët venoz.
- *Diuretikët:* diuretikët theksojnë nxjerrjen e Na dhe likideve nëpërmjet: reduktimit të volumit qarkullues të gjakut, zvogëlimit të preload, reduktimit të kongestionit pulmonar dhe sistematik.
- *Vazodilatator venoz:* nëpërmjet administrimit të vazodilatatorëve ndodhë: rikthimi i vaskulaturës venoze drejt një kapaciteti normal, zvogëlohet volumi i gjakut që kthehet në zemër, dhe përmirësohet funksioni i ventrikulit të majtë.
- **Trajtimi:** në rastet e lehta trajtimi mund të bëhet me terapi orale, kurse në rastet e rënda duhet të bëhen procedurat tjera si: ICD, stentimi i arterieve koronare nëse bëhet fjalë për bllokimin e tyre, dhe transplantimi i zemrës në raste shumë të rënda kur tretmanet tjera janë të pamjaftueshme.

### 1.4.3. Hipertensioni

Hipertensioni përkufizohet si rritje e presionit sistolik më i madhë ose barabartë me 150 mmHg dhe presioni diastolik më i madhë ose barabartë me 90 mmHg. Tensioni arterial nuk është i njëjtë gjatë ditës, ai ndryshon në situata stresuese apo emocionale. Ndonjëherë rritja e vlerave të tensionit arterial mund të jenë si pasojë e përdorimit apo

abuzimit me disa substanca si: kontracetivet, kokaina, amfetamina, në këto raste ndërprerja e tyre çon në normalizimin e vlerave.

- **Etiologjia:** hipertensioni është esencjal (primar) dhe sekondar.
  1. *Hipertensioni esencjal:* disa nga faktorët e rrezikut janë: trashëgimia familjare, konsumimi i tepër i sodiumit, jeta sedentare, konsumimi i tepërt i kalorive.
  2. *Hipertensioni sekondar:* sëmundjet vaskulare dhe parenkimale të veshkave janë dy shkaktarët më të zakonshëm të hipertensionit sekondar. Ky tip i hipertensionit zhvillohet kur kemi ndonjë dëmtim në veshka.
- **Vlerësimi infermieror:** infermieri/ja siguron një histori të plotë e cila përfshinë të dhënat e sëmundjes aktuale dhe të sëmundjeve të mëhereshme personale dhe në familje në lidhje me hipertensionin, marrjen e një diete me kalori, ushqimet me përmbajtje natriumi apo kaliumi, pirjen e alkoolit dhe ushtrimet e përditëshme që kryen pacienti. Gjithashtu infermierja vlerëson historitë e mëparshme apo të momentit për sa i përket sëmundjeve kardiovaskulare dhe renale, si dhe medikamentet e fundit të administruara. Infermieri/ja siguron matjen e presionit të gjakut në të dyja krahët e pacientit.
- **Manifestimi klinike:** nuk duhet harruar se hipertensioni i thuhet “vrasës i heshtur”, andaj pjesa dërmuese e pacientëve nuk kanë ankesa. Simptomat kryesore janë: rrahje të shprehura të zemrës, marramendje, kokëdhimbje, frymëzënie, plogështi, lodhje, gjakderdhje nga hunda, si dhe ënjtje të këmbëve. Në rastet kur tensioni ngritët tej mase atëherë pacienti mund të ketë vizion të dyfishtë, mpirje të gjuhës ose ndjesi shpimi gjilpërash në trup.
- **Terapia medikamentoze:** është individuale për çdo pacient varësisht prej vlerave të presionit të gjakut.
  - *Diuretikët:* përdoren për të zvogëluar volumin e gjakut dhe ulur presionin e gjakut. Efekti anësor i diuretikëve është hipokalemia.
  - *Beta-adrenalgjezik:* nëpërmjet bllokimit të beta-receptorëve në zemër dhe në enët periferike, reduktojnë ritmin dhe punën e zemrës.

Pacientët të cilët kanë nevojë për trajtim medikamentoz për të kontrolluar hipertensionin, ju administrohet antihipertensiv. Shpesh pacientët e ndërpresin administrimin e medikamenteve për faktin se ata nuk kanë simptoma të hipertensionit. Gjithashtu pretendojnë se nëse presioni i gjakut është kthyer në vlera normale nuk është e

nevojshme ti përdorim këto medikamente. Pacientët të cilët nuk miratojnë trajtimin me antihipertensiv janë të rrezikuar për dëmtimin e organeve dhe krizës hipertenzive.

- **Trajtimi:** te shumica e pacientëve shkak i HTA nuk dihet, mirëpo mund të bëhet mjekimi korrekt, përmes masave të përgjithshme dhe terapis medikamentoze.

Masat e përgjithshme duhet të aplikohen te të gjithë hipertonikët.

Këto janë: aktiviteti i rregullt fizik, reduktimi i masës trupore në atë ideale, reduktimi i kripës në ushqim, largimi nga streset e panevojshme, etj.

#### 1.4.4. Angina Pectoris

Emri rrjedh nga fraza latine, që do të thotë “mbytja e kraharorit”. Angina pectoris (AP) është pasojë e ishemiisë së miokardit, që manifestohet me dhimbje në gjoks për shkak të disproporcionit të kërkesës së miokardit për  $O_2$  dhe mundësis së arterieve koronare që ta furnizojnë me  $O_2$  miokardin.

- **Etiologjia:** aterioskleroza është faktori primar në zhvillimin e sëmundjeve të arterieve koronare. Angina paraqitet në tri tipa: Angina stabile (**angina pectoris stabilis**), angina jostabile (**angina pectoris nonstabilis**), dhe angina prizmetal.

1. *Angina stabile:* është diskomford i kraharorit i cili shkaktohet gjatë aktiviteteve të ndryshme fizike, kalon pas pushimit 1-5 minuta dhe përsëritet në të njëjtat kushte disa muaj më parë.

2. *Angina jostabile:* nëse pacienti tregon se këtë dhimbje e ka për të parën herë, dhe kohëve të fundit dhimbjet janë më të shpeshta, më intensive, zgjasin më shumë si dhe paraqiten edhe në qetësi atëherë kemi të bëjmë me anginë jostabile.

3. *Angina prizmetal:* paraqitet pa ndonjë shkak (spazem të arterieve koronare) mund të qojë në IAM ose aritmi kardiake.

- **Vlerësimi infermieror:** infermieri/ja merr me kujdes anamnezen, duke analizuar në detaje dhimbjen dhe fenomenet përcjellëse (p.sh. frymëzënie, lodhjen, djersitjen, zbehjen, etj). Gjithashtu, pacientit i bëhet EKG si dhe analizat biokimike që zbulojnë faktorët e rrezikut: kolesterolin e përgjithshëm dhe fraksionet LDL dhe HDL, trigliceridet dhe glikemia.

- **Manifestimet klinike:** pacienti ka dhimbje që paraqitet kryesisht gjatë sforcimit fizik dhe kalon për 1-5 minuta në pushim. Pacienti dhimbjen e përshkruan si shtrëngim,

djegje, shtypje apo rëndim që paraqitet në mes të krahavorit. Dhimbja shfaqet më shpesh në të ftoftë, pas ushqimit të tepërt e streseve psikike. Ndonjëherë dhimbja përhapet kah qafa, krahët, si dhe në pjesën e brendshme të dorës më së shpeshti në anën e majtë.

- **Terapia medikamentoze:** varësisht nga anamneza, moshë, rezultatet laboratorike mund të ordinohet terapia e përditshme (beta bllokator, antagonist të kanaleve të kalciumit, nitrate). Nëse dhimbja paraqitet gjatë sforcimit fizik pacienti duhet ndaluar menjëherë punën, dhe të vendos nën gjuhë tabletën *nitoglycerin*. Nëse dhimbja nuk kalon pas 3-5 minutave mund të merret tableta e dytë. Dhe nëse pas 5 minutave të ardhshme dhimbja nuk kalon duhet kërkuar ndihmën mjekësore. Në rast se konkludojmë se pacienti vuan nga angina jostabile, duhet ta observojmë së paku 12 orë. Ku përcillet gjendja e përgjithshme klinike dhe kërkohen ndryshime eventuale evolutive në EKG, merren mostrat e gjakut dhe enzimet kardioselektive. Nëse konstatohet se gjendja është stabile (gjatë kohës së observimit nuk ka pasur dhimbje, nuk ka ndryshime evolutive në EKG dhe vlerat e enzimeve kardioselektive janë në vlera normale), atëherë ordinohet terapia dhe caktohen vizitat kontrolluese.

#### 1.4.5. Infarkti i miokardit

Infarkti i miokardit (IM) është nekrozë e kufizuar e miokardit, e shkaktuar me ndërprerjen e qarkullimit të gjakut në një regjion të zemrës. Kur rrjedhja e gjakut reduktohet nga 80% - 90% zhvillohet ishemia. Ishemia mund të çojë në nekrozë të indit miokardial, nëse rrjedhja e gjakut nuk rivendoset.

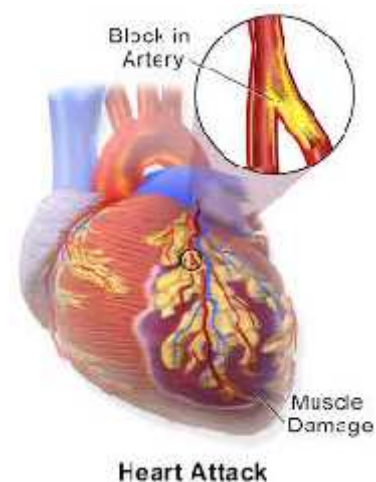


Fig.3. Infarkti i miokardit

- **Etiologjia:** infarkti i miokardit zakonisht shfaqet si rezultat i aterosklerozës së arterieve koronare. Shumë pacientë të cilët përjetojnë infarkt të miokardit janë mbi 65

vjeç. Femrat janë më të predispozuara për komplikacione dhe vdekje pas një infarkti të miokardit se meshkujt.

- **Incidenca:** meshkujt janë më të prekur se femrat para moshës 60 vjeç. Pas kësaj moshe rreziku është i njëjtë, kjo ndodhë për shkak të mungesës së estrogenit. Pas menopauzes estrogeni ulet ndjeshëm tek femrat.
- **Vlerësimi infermieror:** infermieri/ja siguron informacione për trajtimin e fundit të dhimbjes së krahavorit dhe medikamenteve që pacienti ka marr. Gjithashtu, siguron informacione për historikun e sëmundjes në familje dhe faktorët e rrezikut, duke përfshirë mënyren e jetesës, nivelin e aktiviteteve fizike, etj. Infermieri/ja vlerëson poashtu ndryshimet në orientim dhe gjendjen mendore të pacientit.
- **Manifestimet klinike:** simptoma më karakteristike është dhimbja e fortë në gjoks që zakonisht zgjat mbi 30 minuta përhapet në krahun e majtë, shpinë dhe nofull. Kjo në shumicën e rasteve përcillet me dobësi të përgjithshme, dispne, disritmi, djersitje, vjellje e frikë nga vdekja. Në 15%-25% të rasteve të pacientëve me infarkt të miokardit dhimbja mund të jetë mesatare ose të mungojë.
- **Diagnoza:** diagnostifikimi i saktë dhe me kohë i IM është një ndër detyrat më të rëndësishme të punëtorit shëndetësor. Baza e diagnostifikimit është i ashtuquajtur i “treëndëshi diagnostik”. Dhimbja tipike e shoqëruar me ndryshime në EKG dhe rritje të markerëve të nekrozës së miokardit na bën të mundur diagnostifikimin e IM. Prandaj, kjo është metoda e parë e ekzaminimit kur dyshojmë për infarkt të miokardit.
- **Terapia medikamentoze:** infermieri/ja ndihmon pacientin të kuptojë:
  - ✓ *Tipin e medikamenteve të përshkruara*
  - ✓ *Efektet e dobishme të secilit medikament*
  - ✓ *Efektet e mundshme anësore*
  - ✓ *Dozat korrekte dhe administrimi në orar të medikamenteve.*

Pacientit i administrohen medikamentet si:

- *Aspirina:* posa të dyshohet në IAM;
- *Nitroglicerina:* sublinguale çdo 5 minuta (deri në tri doza);
- *Analgetik:* morfina 4-5 mg i.v. në rend të parë, përsëritet çdo 5-15 minuta derisa dhimbja të pushoj;
- *Sedativ:* zakonisht *Diazepam* apo *Oxazepam* sipas nevojës;
- *Beta bllokues:* nëse nuk ka kontraindikacione, *Metoprololi* çdo 5 minuta nga 5 mg i.v. tri doza;

- *ACE-inhibuesit*: p.sh *Kaptoprilla, Enalaprilal*, nëse janë prezente shenjat e insuficiencës së zemrës;
- **Trajtimi**: konsiston në rregullimin e përfuzionit në vendin e bllokuar, në mënyrë që zona e dëmtuar të rifillojë aktivitetin e saj normal. Trajtimi bazohet në 3 pika kryesore:
  1. Rregullimin e balancit të çrregulluar të oksigjenit
  2. Qetësimin e dhimbjes
  3. Parandalimin dhe trajtimin e komplikacioneve që mund të lindin

Terapia trombolitike ka treguar një sukses të rëndësishëm. Trombolitikët duhet të administrohen në 12 orët e para kur vërehen simptomat.

Tab.2. Veçoritë kryesore të angines dhe infarktit të miokardit

<b>Angina Pectoris</b>	<b>Infarkti i miokardit</b>
Dhimbja substernale Përhapet në krahun e majtë Shkaktohet nga ushtrimet apo stresi Lehtësohet nga administrimi i nitroglicerines dhe pushimit Zgjatë <15 minuta Shoqërohet me pak simptoma	Dhimbja substernale Përhapet në krahunë e majtë, shpinë dhe nofull Ndodhë pa ndonjë shkak, zakonishtë heret në mëngjesë Lehtësohet vetem nga opioidet Zgjatë 30 minuta dhe më shumë Shoqërohet zakonisht me: nauze, dispne, djerse, disritmi, frikë, ankth etj



### 1.4.6. Perikarditi

Perikarditi i referohet inflamacionit të perikardiumit, qesjes që rrethon zemrën. Lëngu nga inflamacioni mund të rrisë presionin në zemër, të shtyp mbi të dhe të bëjë më të vështirë pompimin e gjakut në trup. Mund të jetë sëmundje primare ose mund të zhvillohet si pasojë e një sërë sëmundjesh tjera.

- **Etiologjia:** kemi dy tipe të perikarditit: akut dhe kronik. Perikarditi akut mund të shkaktohet nga:
  - Infeksionet bakteriale (Streptokoku, Stafilokoku Aureus, Meningokoku), virale (influence), mykotike (parazitët),
  - Traumat, uremia, post-infarkt i miokardit, sindromi post-perikardiotomi, tumoret metastazik, limfomat, terapia rrezatuese etj.
- **Vlerësimi infermieror:** infermieri/ja mund të dëgjoj një fërkim perikardial duke vendosur stetoskopin në pjesën e poshtme sternale në anën e majtë në hapsirën e katërt interkostale. Në këtë rast dëgjohej një tonë kërcitës, i lartë, që prodhohet kur shtresat perikardiale të inflamuar krijojnë fërkim.
- **Manifestimet klinike:** simptoma karakteristike e perikarditit është dhimbja substernale prekoradiale e cila përhapet në anën e majtë të qafës, shpatull ose shpinë. Dhimbja prekardiace rritet gjatë frymëmarrjes (inspirimit), kollës, gëlltitjes, ndërrimit të pozitës në shtrat, përdredhjes së trupit. Dhimbja keqësohet kur pacienti është i shtrir në pozicion dorsal dhe lehtësohet kur pacienti qëndron gjysmëndenjur në shtrat dhe i përkulur përpara.
- **Ndërhyrjet infermiore:** lehtësimi i dhimbjes bëhet duke e detyruar pacientin të qëndron në një pozitë të përshtatshme. Nëse pacienti merr medikamente si analgjezik, antibiotik, duhet të monitorohet për të parë reagimin ndaj tyre.
- **Diagnoza:** diagnoza bazohet në anamnezën, ekzaminimin klinik, EKG, radiografia, ultratingull, CT.
- **Trajtimi:** dhimbja qetësohet duke përdorur aspirin dhe analgin. Medikamentet si Ibuprofeni janë zakonisht të mjaftueshme për trajtimin e dhimbjes dhe inflamacionit të perikarditi. Nëse perikarditi është i shkaktuar nga infeksioni bakterial, jepen antibiotikë. Nëse lëngu i tepërt në perikardium ndikon në funksionimin e zemrës, mund të vendoset një kateter për të hequr lëngun, dhe kjo procedure quhet perikardiocenteza. Në disa raste mund të jetë e nevojshme kirurgjia për të lehtësuar presionin. Në bazë të shkakut, perikarditi zakonisht shërohet për një muaj ose më pak.

### 1.4.7. Arresti kardiak

“**Cardiac arrest**” është term latin dhe do të thotë, ndalje e punës së zemrës. Pra, arresti kardiak është ndalimi i qarkullimit të gjakut nga pamundësia e zemrës për t’u kontraktuar siç duhet. Kjo gjendje mund të jetë reversibile (e kthyeshme) nëse intervenohet menjëherë, por mbaron pashmangshëm me vdekje, nëse intervenimi mungon. Ndalimi i qarkullimi të gjakut pengon dhënien e oksigjenit në tru. Mungesa e oksigjenit në tru jep humbjen e vetëdijes, dhe pastaj bëhet ndalimin e frymëmarrjes. Dëmtimi i trurit ndodhë nëse arresti kardiak nuk trajtohet për më shumë se 5 minuta. Prandaj, është shumë i rëndësishëm trajtimi i menjëhershëm për të mos humbur pacientin.

- **Etiologjia:** mekanizmi i arrestit është fibrilacion i ventrikujve apo më rrallë asistola. Ndalja e punës së zemrës manifestohet me humbje të vetëdijes dhe humbje të pulsit në arterie karotide. Këto dy shenja janë të mjaftueshme që të fillojmë me RKP.
- **Vlerësimi infermieror:** momenti vendimtar është aktivizimi i monitorit. Në ekran të monitorit mund të konstatojmë a është ndërprerja e punës së zemrës pasojë e fibrilacionit ventrikular, pasojë e asistolisë apo disocimit elektromekanik. Transportimi i personit me arrest kardiak duhet të bëhet menjëherë pas stabilizimit të gjendjes në institucion shëndetësor të nivelit më të lartë sepse pacienti mund të vdes nëse nuk ndërhyhet brenda pak minutave.
- **Manifestimet klinike:** pacienti ka shtrëngime të forta dhe ndjesi peshe në kraharor, shtrëngime të dhimbshme në qendër të gjoksit, të cilat zgjasin disa minuta. Gjithashtu pacienti ka dhimbje të forta të kraharorit të cilat përhapen edhe përgjatë krahëve, shpatullave dhe duarve, në qafë, në stomak, ndjesi të ftohti, pengesa në frymëmarrje, shenja këto që shoqërohen me alivanosje.
- **Terpia medikamentoze:**
  - *Oksigjeni:* është i pari që jepet në një situatë arresti dhe, paraqet një komponentë thelbësorë në ecurinë e pacientëve gjatë RKP
  - *Epinefrina dhe vazopresina:* si vazokonstriktor
  - *Amiodaroni:* është antiaritmiku i linjës së parë për pacientët me arrest kardiak. Njëkohësisht është edhe vazodilator i fuqishëm
  - *Lidokaina:* ipet pas defibrilimit me qëllim parandalimin e takikardisë ventrikulare
  - *Adenozina:* është medikament me veprim aritmik që vepron duke ngadalësuar fillimin e impulseve në nyjen sino-atriale dhe duke bllokuar konduksionin atrio-ventrikular.

## 1.5. ROLI I INFERMIERES SË PATRONAZHIT

Shërbimi shëndetësor i patronazhit është një lloj i infermierise në komunitet, veprimi i së cilës është i drejtuar në ofrimin e shërbimeve shëndetësore të nevojtarëve jashtë institucioneve shëndetësore.

Fjala patronazhe vë nga fjala latine “*patrinus*” që do të thotë mbrojtës, ndihmës. Sipas kësaj mbrojtja shëndetësore e patronazhes në radhë të parë paraqet mbrojtjen preventive shëndetësore të shëndetit të njerëzve në mënyrë primare në shtëpitë e tyre. Në terminologjinë angleze përdoret shprehja health visitor që do të thotë visitor shëndetësor, gjegjësisht punëtor shëndetësor i cili kryen veprime shëndetësore.

- Sipas OBSH infermieret e patronazhit kanë një rol të rëndësishëm në ofrimin dhe përparimin e shëndetit në gjithë popullatën. Ato mund të veprojnë në mënyrë preventive në shëndetin e komunitetit, të kontribuojnë në parandalimin e komplikimeve dhe çrregullimeve dhe, së bashku me veprimtaritë e tjera të marrin pjesë në ruajtjen dhe përparimin e shëndetit e që në radhë të parë kanë të bëjnë me gratë shtatzëna, nënat e reja, të porsalindurit, fëmijet e vegjël, njerëzit e moshuar etj.

Infermierja e patronazhes bënë edhe vizita të pacienteve të sëmurë nga sëmundja e sheqerit, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet malinje të sëmuret me turberkuloz, invalideve dhe personave të hendikepuar. Roli i infermieres është ofrimi i shërbimit të individit, familjes dhe bashkësisë në mënyrë që ata të zhvillojnë potencialet e tyre trupore, mendore apo sociale, ti stimuloj në ruajtjen dhe avancimin e shëndetit, prevenimin e sëmundjeve dhe lëndimeve. Qëllimet janë përparimi dhe të drejtuarit e shëndetit dhe ofrimi i mbështetjes shëndetësore familjes e sidomos gjatë situatave stresante.

### **Qëllimet kryesore të infermieres së patronazhit janë:**

- I. Vlerësimi i shëndetit, funksionimi psikosocial, kushteve të jetesës dhe identifikimi i faktorëve të rrezikut për shëndetin e familjes
- II. Promovimi i shëndetit dhe edukimi për mënyrën e shëndoshë të jetesës

- III. Identifikimi i grupeve të lëndueshme si fëmijët, fëmijët shkollor, shtatzëna, të moshuarve mbi 65 vjeç dhe identifikimin e riskut për anashkalimin
- IV. Ruajtja dhe përparimi shëndetësor të fëmijëve dhe promovimi i rritjes së shëndosh të tyre
- V. Promovimi i prindërit të përgjegjshëm dhe raportit pozitiv të prindit me fëmijun ende para lindjes së tij
- VI. Lidhshmëria e familjeve dhe shërbimeve sociale sipas nevojave të familjes
- VII. Mbikqyrja shëndetësore dhe intervenimi adekuat në rastet e rrezikut potencial
- VIII. Kujdesi dhe respekti i ndërsjellë në mes të infermieres së patronazhes dhe anëtareve të familjes

**Aktivitetet të cilat i zhvillon një infermiere në vizitat shtëpiake dhe e cila ka të bëjë me punën me anëtarët e familjes është e standardizuar në katër grupe aktivitësh:**

1. Edukimi shëndetësor
2. Kontrollimi i gjendjes shëndetësore
3. Zhvillimi i aftësive
4. Organizimi/ndihma në bashkëpunimin me bashkësit.

Kujdesi shëndetësor i patronazhes drejtohet në avancimi dhe ruajtjen e shëndetit si dhe në parandalimi e sëmundjeve, në rastin tonë tek pacientët me sëmundje kardiovaskulare. Për realizimin e suksesshëm të masave dhe aktiviteteve shëndetësore si dhe ndjekjen e gjendjes shëndetësore është i pashmangshëm bashkëpunimi i infermieres së patronazhit me mjekësinë familjare, qendrat për ndihmë dhe kujdes në shtëpi, institucionet për kujdes shëndetësor dhe rehabilitim në shtëpi. Njëkohësisht ka rol në njohjen dhe zbulimin me kohë në lidhje me atë se si realizohet kujdesi shëndetësor te këta pacient në shtëpi.

### **1.5.1. EDUKIMI SHËNDETËSOR**

Rruga më e mirë dhe më efikase drejtë mbrojtjes dhe përparimit të shëndetit të popullatës së një vendi është përmes edukimit shëndetësor. Me një edukim të mirë shëndetësor mund të ndikohet jo vetëm në drejtim të ruajtjes së shëndetit të mirë, të ndryshimit të stilit dhe kualitetit të jetës, por edhe në jetëgjatësinë e popullatës dhe zvogëlimin e shpenzimeve për mbrojtjen shëndetësore të shoqërisë në tërësi.

Andaj, kjo është një ndër aktivitetet kryesore të infermieres së patronazhit. Infermierja komunikon me pacientin dhe familjarët duke dhënë këshilla dhe porosi për mënyrën e shëndetshme të jetuarit, informata të shumta lidhur me parandalimin dhe keqësimin e gjendjes, zbatimin e terapisë ku infermierja u tregon familjarëve dhe pacientit se cilat janë shenjat kryesore të sëmundjes, ekzaminimet, metodat e kurimit etj. Infermierja ndihmon pacientin në hartimin e planit për të arritur nivelin optimal të kryerjes së aktiviteteve brenda limiteve të funksioneve kardiake. Këto aktivitete janë individuale për çdo pacient varësisht nga lloji i sëmundjes kardiovaskulare. Infermierja e sugjeron pacientin të fillojë ecjen, pacienti duhet të ecë të paktën 3 herë në javë, por duhet të ndërpres aktivitetin nëse shfaqen simptoma të tilla si dispne dhe dhimbje e kraharorit.

Infermierja vë theksin se medikamentet duhet të administrohen sipas përshkrimit të mjekut dhe kur mjekimi të përfundon i drejtohem i përseri mjekut. Infermieri/ja duhet t'i shpjegojë pacientit qëllimin e terapisë. Gjithashtu, i sugjerohet pacientit të raportojë shfaqjen e efekteve anësore tek mjeku. Infermierja ose dietisti i sigurojnë pacientit informacione të shkruara për një dietë të pakët dhe të kufizuar. Infermierja sugjeron pacientin për kufizimin e kripes, kufizimin e alkoolit, rënien në peshë, largimin e stresit etj. Shumë pacientë e kanë të vështirë të përballen me natyrën kronike të sëmundjes, kohëzgjatjen e ndërhyrjes dhe me anën financiare për të përballuar shpenzimet e trajtimit. Andaj, komunikimi infermiere-pacientë është mjaftë i rëndësishëm.

Mirëpo, pasi që me kalimin e kohës kushtet e jetës dhe banimit, rrethanat socio-ekonomike dhe ambienti jetësorë ndryshojnë, edhe edukimit shëndetësor duhet të jetë proces i vazhdueshëm dhe dinamik gjatë tërë jetës.

## 1.5.2. VLERËSIMI FIZIK

Një vlerësim i plotë fizik është i rëndësishëm për mbledhjen e të dhënave bazë dhe formimin e diagnozave infermierore. Në bazë të këtyre të dhënave infermierja krijon planin e kujdesit për pacientët me sëmundje të sistemit kardiovaskular (SKV). Infermierja vlerëson shenjat vitale (presionin e gjakut, ritmin e pulsit dhe ritmin e frymëmarrjes), ekstremitetet, vlerëson ngjyrën e lëkures, nivelin e shqetësimeve, nivelin e koshiencës, përgjigjet verbale, prezencën e frymëmarrjes së shkurtë.

- *Ngjyra e lëkures:* zonat më të preferuara për të vlerësuar qarkullimin përfshijnë shtratin e thonjëve, membranat dhe mukozat konjuktivale për shkak se enët e vogla të gjakut në këto pjesë të trupit janë të lokalizuara afër sipërfaqes së lëkurës. Nëse rrjedhja e gjakut është normale apo ka perfuzion të mjaftueshëm lëkura ka ngjyrë rozë dhe është e ngrohtë në prekje. Zvogëlimi i rrjedhjes së gjakut përshkruhet si e ftohtë, e zbehtë. Ngjyra kaltëroshë e lëkurës dhe membranave mukoziale ka të bëjë me cianoze. Cianoza rezulton me një rritje të sasisë së CO<sub>2</sub> në gjak.
- *Ekstremitetet:* infermierja vlerëson duart, krahët, këmbët dhe shputat e këmbës për ndryshime. Ndryshimet vaskulare në një ekstremitet të prekur mund të përfshijnë lodhje muskulare dhe diskomfort, mpirje, dhimbje, ftohtësi, edem, etj. Edema është një gjendje e zakonshme tek pacientët me probleme kardiovaskulare.
- *Matja e presionit të gjakut:* presioni normal i gjakut tek adultët është në vlerat 90-140 mmHg për presionin sistolik dhe 60-90 mmHg për presionin diastolik. Një presion i gjakut i cili rritet nga 150 mmHg rrit punën e zemrës dhe konsumimin e O<sub>2</sub>. Një presion i gjakut më pak se 90-60 mmHg mund të jetë i pamjaftueshëm në sigurimin e një ushqyerje të mjaftueshme për qelizat e trupit.
- *Matja e pulsit:* pulsi është pasqyrë e punës së zemrës në arteriet periferike. Matet me prekje aty ku ka për bazë të fortë ashtin. Vendet ku matet pulsi janë arteriet: radiale, temporale, karotide, dorsalis pedis, femorale, etj. Infermierja me rastin e matjes së pulsit duhet të kontrollojë: frekuencën, mbushjen ose lartësin e pulsit, tipin e pulsit, ritmin e pulsit.
- *Prekordiumi:* vlerësimi i prekordiumit (hapësirës mbi zemër) bëhet nëpërmjet inspektimit, palpacionit, perkusionit, dhe askultacionit. Infermierja vendos pacientin në pozicionin shtrirë, me kokën e krevatit të ngritur për të siguruar komfortin. Disa

pacientë kërkojnë ngritjen e kokës së krevatit (45 gradë) për të lehtësuar edhe komfortin në frymëmarrje.

- *Inspeksioni:* ekzaminimet kardiake zakonisht fillojnë me inspeksion. Infermierja inspekton kraharorin nga ana e djathtë dhe më poshtë, mbi zonën e prekordiumit, ku rrahjet e zemrës janë më të shikueshme.
- *Palpacioni:* infermierja palpon me duar për të zbuluar lëvizjen prekordiale dhe dridhjet. Infermierja palpon zonën e shtatë prekordiale, duke filluar me zonën aortike.
- *Perkusioni:* Pacienti vendoset në pozitë të shtrirë, infermierja fillon perkusionin në linjën aksilare anterior të majtë në hapsirën e 5-të interkostale të kraharor duke përdorur gishtrinjtë e mesit të të dy duarëve. Dhe duke goditur një gisht kundër tjetrit në sipërfaqen e kraharorit, krijohen disa tinguj.
- *Auskultimi:* auskultacioni vlerëson rrahjet dhe ritmin e zemrës, ciklin kardiak (sistol dhe diastol) dhe funksionin valvular. Teknika e askultimit kërkon një stetoskop të mirë dhe një eksperiencë praktike. Infermierja vlerëson tingujt e zemrës në mënyrë sistemike, ekzaminimi mund të filloj në zonën aortike dhe vazhdon në apeksin e zemrës.

*Zhurmat:* zhurmat i referohen rrjedhjes së trazuar të gjakut nëpërmjet valvulave normale ose abnormale. Ato janë klasifikuar duke u bazuar në kohën e lajmërimit të tyre në ciklin kardiak: zhurmat sistolike dhe zhurmat diastolike. Cilësia e zhurmave mund të karakterizohet si e ashpër, fishkëlluese, gurgulluese, ose kërkëlluese.

Zhurmat mund të përshkruhen gjithashtu si të thella dhe të cekta.

### 1.5.3. VLERËSIMI PSIKOSOCIAL

Pacientët me sëmundje akute ose kronike të zemrës, zakonisht e paraqesin këtë gjendje si situatën më stresante të jetës. Pacientët dhe familjarët përballen jo vetëm me mundësinë për të vdekur, por gjithashtu frikësohen për dhimbjen, paaftësinë, mungesën e vetë-vlerësimit, varësinë fizike, dhe ndryshimet në rolin e familjes. Infermierja mund të vlerësojë kuptimin e sëmundjes tek pacienti dhe anëtarët e tjerë të familjes duke pyetur “Çfarë kuptoni me atë që po ndodh tek ju?” dhe “Çfarë do të thotë kjo për ju?”.

Aftësia për tu përballur me sëmundjen dallon nga pacientët. Pacientët të cilët ndihen të paaftë mund të paraqesin sjellje të tilla si deorganizim, frikë dhe ankth. Infermierja mund të pyesë pacientin ose pjesëtarët e familjes “A jeni përballur me një situatë të tillë më përpara?”, “Si e keni menaxhuar këtë situatë?” dhe “Tek kush keni kërkuar ndihmë?”. Përgjigjet e këtyre pyetjeve shpesh e qetësojnë pacientin sepse ai ose ajo kanë përballuar situata të vështira në të kaluarën dhe kanë mundësi të përballën sërish me to. Pacienti mund të mohoj se ka një gjendje të tillë kardiovaskulare. Mohimi është i dëmshëm kur pacienti nuk pajtohet me regjimin mjekësor dhe kujdesin infermieror.

Infermierja e patronazhit monitoron gjendjen e pacientit. Detyra e saj gjithashtu përfshinë njoftimin me kohë të mjekut për ndryshimin e gjendjes shëndetësore të pacientit, duke ofruar asistencë psikologjike për pacientin dhe trajtimin e të afërmeve për procedurat e nevojshme të kujdesit. Roli i infermieres është gjithashtu monitorimi i përditshëm i zhvillimit të gjendjes së pacientit, të identifikojë me kohë rreziqet e mundshme, të shpjegoj pacientit se si duhet të merr terapinë, se si duhet marr disa medikamente të caktuara, për sa kohë duhet ta merr terapinë, cilat mund të jenë efektet anësore dhe si duhet kombinuar medikamentet. Një nga detyrat e infermieres është që të kujdeset për kontrollin e infeksioneve dhe parandalimin e tyre. Për të pasur nën kontroll parandalimin e infeksioneve, infermierja gjatë kontakti me pacientin bën dezinfektimin e duarve.

Infermierja kontrollon gjendjen shëndetësore duke përfshirë:

- Gjendjen sanitare dhe higjienike në vendin e jetese së pacinetit;
- Kontrollon ndryshimet siç janë matja e tensionit të gjakut, matja e glukozës në gjak, mat pulsën, frekuencën respiratore dhe, temperaturën trupore;
- Pyet pacientin se a ndien dhimbje në kraharor. Pyetjet që i drejtohen pacientit përfshijnë lokalizimin, përhapjen, intensitetin, kohëzgjatjen e dhimbjes;
- Infermierja vlerëson nivelin e vetëdijes, është shumë e rëndësishme të vlerësohet orientimi në kohë, vend dhe hapësirë;
- Infermierja vlerëson për shtimin e djersës, cianozes;
- Informon pacientin dhe të afërmit për shenjat lajmëruese të një sulmi në zemër.



## **2. QËLLIMI I PUNIMIT**

Humanizmi dhe dëshira për të ndihmuar çdo pacient është pjesë e pandashme e këtij profesioni. Andaj, qëllimi i këtij punimit është që të identifikohet dhe të përshkruhet roli i infermieres së patronazhit tek të sëmurët me sëmundje kardiovaskulare dhe të shtjellojmë në përgjithësi se cilat janë detyrat e infermieres te këta pacienta, cilët janë faktorët e rrezikut, manifestimet klinike, vlerësimi infermieror, dhe trajtimi i këtyre pacinetëve.

### **2.1 Objektivat**

1. Identifikimi i faktorëve të rrezikut
2. Përcaktimi i llojeve të sëmundjeve të zemrës
3. Rëndësia e rolit të infermieres së patronazhit
4. Analizimin e statistikave dhe diskutimet për vlerat e tyre

## **3. METODOLOGJIA**

Metoda e përdorur për realizimin e këtij studimi është: retrospektive. Të gjitha burimet e literatures janë të cekura në referenca.

Në realizimin e këtij punimi, të dhënat për pacient janë siguruar nga libri i protokollit në Repartin e Njësisë Koronare të Spitalit Regjional “Isa Grezda” në Gjakovë.

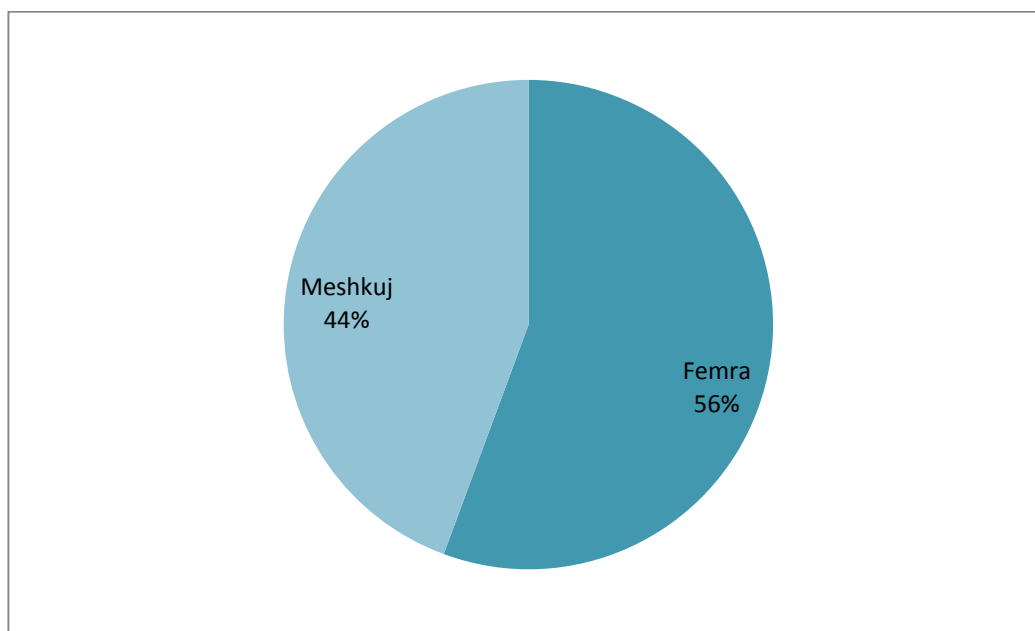
Në punim përfshihen të dhënat për pacient gjatë periudhës Janar-Djetor 2016.

## 4. REZULTATET

Në vitin 2016 numri i rasteve me sëmundje kardiovaskulare që janë paraqitur në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” të Gjakovës janë gjithsejt 1208 pacient. Prej tyre 536 ose 44% ishin të gjinisë mashkullore dhe 672 ose 56% të gjinisë femërore.

Tabela 4.1. Numri dhe përqindja e pacientëve me SKV sipas gjinisë.

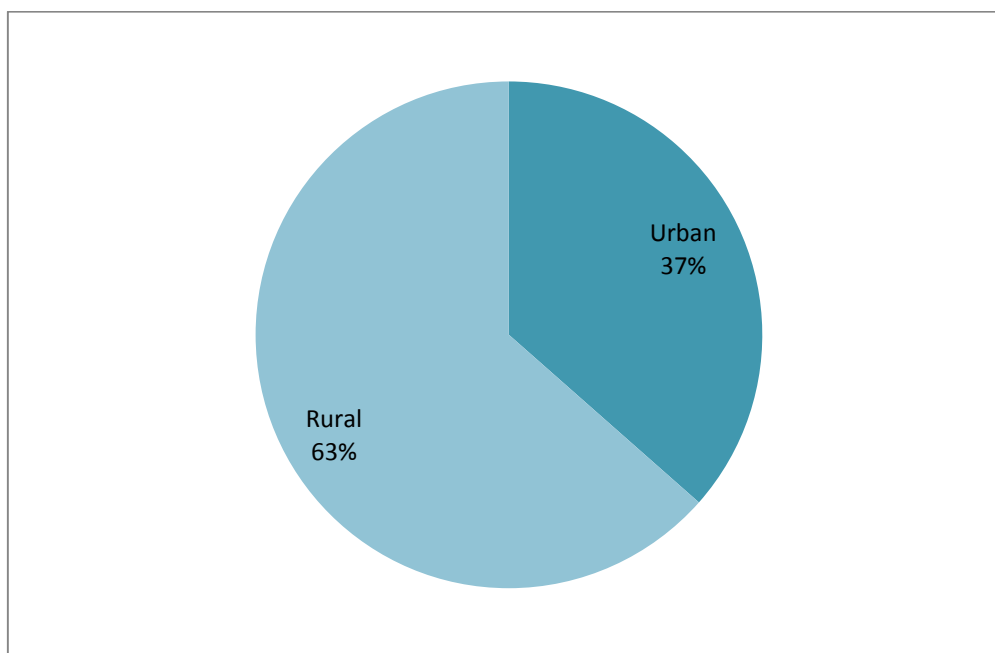
Gjinia	Numri	Përqindja
Femra	672	56%
Meshkuj	536	44%
Gjithsej	1208	100%



Grafikoni.4.1. Përqindja e rasteve me SKV sipas gjinisë.

Tabela 4.2. Numri dhe përqindja e rasteve me SKV sipas vendbanimit.

Vendbanimi	Numri	Përqindja
Urban	441	37%
Rural	767	63%
Gjithsej	1208	100%

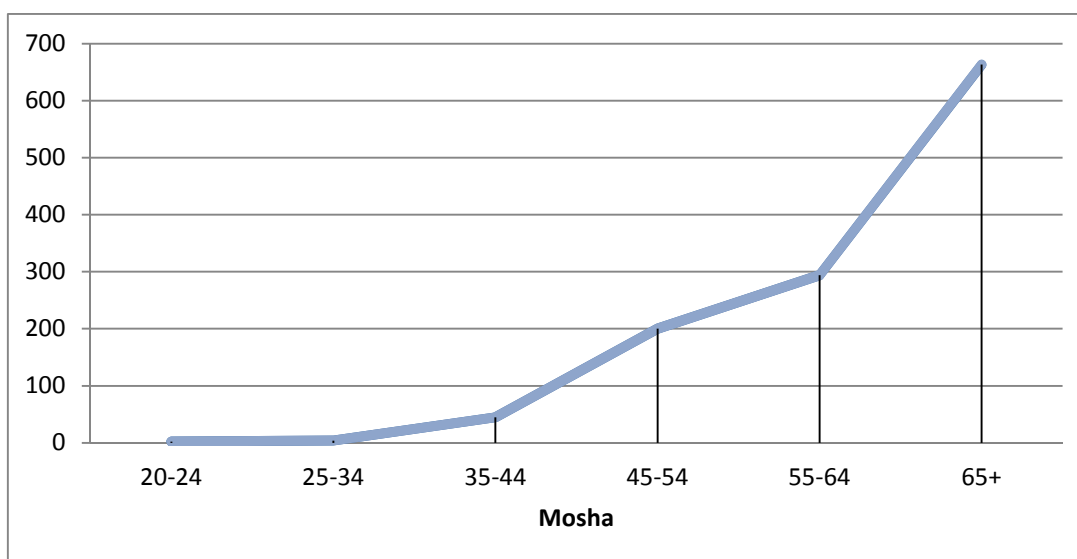


Grafikoni 4.2. Përqindja e rasteve me SKV sipas vendbanimit.

- Në tabelen dhe grafikunin 4.2. Vërejmë se gjatë periudhës 2016 me SKV 37% prej tyre janë të zonave urbane dhe 63% janë të zonave rurale.

Tabela 4.3. Numri dhe përqindja e rasteve me SKV sipas moshës.

Mosha	Numri	Përqindja
20-24	2	
25-34	4	
35-44	45	4%
45-54	200	17%
55-64	294	24%
65+	663	55%
Gjithsej	1208	100%



Grafikoni 4.3. Paraqitja lineare e rasteve me SKV sipas moshës.

- Në tabelen dhe grafikun 4.3. Vërejmë se gjatë periudhës 2016 numri më i madhë i pacienteve të prekur me SKV i takojnë moshës mbi 65 vjeç.

## 5. DISKUTIMET

Në hulumtimin tim, të realizuar sipas të dhënave statistikore dhe të dhënat për pacient nga libri i protokollit në Spitalin Regjional “Isa Grezda” të Gjakovë, në Repartin e Njesisë Koronare, në periudhën kohore Janar - Dhjetor 2016, nga gjithsejt 1208 pacient të trajtuar, 672 janë të gjinisë femërore ose 56 % dhe 536 janë të gjinisë mashkullore ose 44%. Nga kjo vërejmë se sëmundjet kardiovaskulare prekin më shumë gjininë femërore.

Poashtu, kemi vërejtur nga rrezultatet që kemi nxjerr vërejmë se nga gjithsejt 1208 pacient, përqindja më e madhe e tyre banoni në zona rurale 63%, ndërsa një përqindje më e vogël ishin nga zonat urbane 37% prej tyre. Andaj, kushtet e jetesës ndikojnë në shëndetin e popullatës, e veqanërisht kur bëhet fjalë për sëmundjet kardiovaskulare.

Poashtu, ky hulumtimi tregon se nga sëmundjet kardiovaskulare, janë të rrezikuara kryesisht moshat e treta. Andaj, kur bëhet fjalë për të moshuarit, duhet t’ju kushtohet një kujdes më i veçantë, për faktin se ata preken edhe nga sëmundje të tjera bashkëshoqëruese.

## 6. PËRFUNDIMI

Shërbimi i infermieres është një pjesë e rëndësishme e stafit mjekësor e cila kujdeset për shëndetin dhe sigurin e pacientëve. Roli i infermieres së patronazhit te pacientët me sëmundje kardiovaskulare është mjaftë i rëndësishëm, marr parasyshë faktin se SKV janë shkaktari numër një i vdekjeve pas moshes 40 vjeçare.

Në bazë të rezultateve kemi arritur në përfundim se numri i pacientëve me sëmundje kardiovaskulare është në rritje në format e ndryshme të manifestimit. Për këtë arsye është shumë e rëndësishme të punojmë në drejtim të zvogëlimit dhe të modifikimit të faktorëve të rrezikut.

Gjithashtu, kemi ardhur në përfundim se sëmundjet e zemrës dallojnë nga moshat e prekura, gjinia, mënyra e jetesës, gjendja socio-ekonomike etj.

Andaj, në të ardhmen duhet të ketë rritje të aktiviteteve promovuese te këta pacienta në mënyrë që të vetëdijesohen më shumë rreth kujdesit për një jetë më të shëndetshme me qëllim që të arrihet minimizimi i faktorëve të rrezikut, parandalimin e ndërlikimeve të shumta që sjellin këto sëmundje.

## **7. KONKLuzionet**

Në bazë të këti punimi kemi ardh deri në këto konkluzione:

- 1. Nuk ekziston shërbimi i infermierisë së patronazhit në vendin tonë**
- 2. Komuniteti ka nevojë për kujdes të patronazhit**
- 3. Përfitimet nga ky lloj i kujdesit dhe shërbimit do të ishin të mëdha.**

## REFERENCAT

1. E. Peka, L. Neçaj, E. Rustami, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. çela, A. Dervishi, V. Zanaj, V. Mane. “Infermieristika në Specialitete” Titanë, 2005.
2. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalizo. “Parimet e Mjekësisë Interne Harrison” 2013
3. Flamur M. Marku. “Kujdesi Infermieror te Sëmundjet e Brendshme” Gjakovë, 2015
4. <http://allforhealth.in.ua/smundjet-dhe-trajtimi-i-tyre/28729-smundjet-e-sistemit-kardiovaskular.html>
5. <https://acikgunluk.net/sq/kakie-funksii-dolzha-vypolnyat-patronazhnaya-sestra/>
6. <https://shendeti.com.al/semundjet-kardiovaskulare-faktoret-e-rrezikut-dhe-masat-parandaluese/>
7. Ilirjana Raca - Bunjaku. “Infermieria në Komunitet” Gjakovë, 2015.
8. M. Lezha. “Sëmundjet e Zembrës” Tetovë.
9. Tefik Bekteshi, Emrush Kryeziu, Ymer Elezi, Halil Ahmetaj, Rexhep Manaj, Kelmend Pallaska, Rukije Mehmeti, Agron kerliu, Gazmend Zhuri. “Mjekësia Interne me Kujdes” Prishtinë, 1999.
10. Tefik Bekteshi, Halil Ahmetaj, Nagip Elashani, Zylfije Hundozi, Salih Krasniqi, Dem Haziri, Hysri Tafarshiku, Rexhep Manaj, Kelmend Pallaska, Agron Krasniqi, Ramush Bejiqi. “Kujdesi Shëndetësor” Prishtinë, 2000.



## **Biografia e shkurtër e kandidatit - CV**

Emri / Mbiemri: **Gentijana Gjoklaj**

Data e lindjes: **06.01.1995**

Gjinia: **Femër**

Vendbanimi: **Gjakovë**

Republika: **Kosovë**

E-mail: [gentijanaaa@hotmail.com](mailto:gentijanaaa@hotmail.com)

Arsimimi: Universiteti i Gjakovës **“FEHMI AGANI”**

Fakulteti: **Mjekësisë**

Drejtimi: **Infermieri**

