

UNIVERSITETI GJAKOVËS
FAKULTETI I MJEKËSISË
PROGRAMI I INFERMIERISË



PUNIM DIPLOME

**TEMA: KUJDESI INFERMIEROR TE PACIENTI ME ASTME
BRONKIALE**

Kandidati:

Leutrim Islamaj

Mentori:

Prof.Ass.Ilirjane Raça Bunjaku Dr.Sci

Gjakovë, 2017

FALENDERIM

Me shumë kënaqësi do të doja të shprehja falenderimet e mia të sinqerta për të gjithë ata që më ndihmuan, konsultuan dhe më mbështetën moralisht gjatë realizimit të kësaj teme te diplomes.

Së pari do të falenderoja Udhëheqësin Shkencor të kësaj teme, Pro.,Dr.Ass Ilirjane Raça Bunjaku, e cila me kontributin e saj shkencor dhe metodik, më ka qëndruar pranë, më ka konsultuar, ndihmuar dhe nxitur gjatë gjithë periudhës së punës për realizimin e këtij punimi.

Falenderime shkojnë për të gjithë kolegët e mi të Fakultetit të Mjekësisë, të cilët direkt ose indirekt janë bërë pjesë e punës sime disa mujore në realizimin e këtij punimi. Falenderime shkojnë dhe për kolegët e mi vlerësues, me të cilët kam ndarë disa nga aspektet praktike më të rëndësishme. .

Së fundmi falenderimet e mia i takojnë familjes sime, prindërve, që me durim e përkushtim më kanë kuptuar, nxitur, ndihmuar e më kanë ndenjur pranë në ditët e gjata të punës për përfundimin e kësaj teme.

DEKLARATA E AUTORËSISË

Deklaroj se punimi që kam dorëzuar për vlerësim tek mentori, e kam shkruar në mënyrë të pavarur dhe se ai është tërësisht punimi im autorial. Gjithashtu, deklaroj se punimi në fjalë nuk është i publikuar e as i përdorur për qëllime të kryerjes së obligimëve mësimore, në këtë apo ndonjë institucion tjetër të shkollimit dhe se në bazë të tij kam fituar kreditë ECTS. Deklaroj se të gjitha përgjegjësitë për këtë punim i mbaj unë si kandidat. Më tutje deklaroj se në shkrimin e punimit kam respektuar rregullat etike të punës, shkencore dhe akademike të universitetit.

Leutrim Islamaj

Emri dhe mbiemri i studentit

Në Gjakovë, më datë _____

Abstrakt

Astma është një sëmundje heterogjene, e cila përkufizohet si “një sëmundje kronike e rrugëve të frymëmarrjes që karakterizohet nga kriza të dispnesë, të ndryshueshme dhe të përseritura, si rrjedhojë e bllokimit të bronkeve, hiper-reaktivitetit të tyre dhe ka në bazë inflamacionin bronkial të vazhdueshëm. Heterogjeniteti shprehet me konceptin e ri që astma përbëhet nga shumë fenotipe. Fenotipet e astmës u përcaktuan si kombinime të shënjave klinike dhe /ose karakteristikave patofiziologjike. Kështu që “astma” përmbledh shumë variante të sëmundjes me etiologji dhe fiziopatologji të ndryshme; si pasojë e një bashkëveprimi midis faktorëve gjenetik dhe mjedisorë. Në termin “çadër të astmës” përfshihen shumë forma (fenotipe) të saj si astma alergjike me fillim të hershëm apo të vonshëm, astma neutrofilike, astma nga obeziteti, astma nga aspirina, astma profesionale, etj. Secila nga këto forma të astmës mund të nënklasifikohet dhe në bazë të gravitetit të shënjave klinike: në astmë intermitente, persistente e lehtë, persistente e mesme, persistente e rëndë.

Astma është sëmundja më e zakonshme kronike e fëmijërisë e cila ndikon 12.5% të fëmijëve.

Mendohet se astma është një sëmundje që shfaqet në persona gjenetiksht të ndjeshëm pas ekspozimit ndaj faktorëve favorizues të mjedisit. Në zhvillimin e astmës ndikojnë:

- a) faktorët personalë si predipozicioni gjenetik, atopia, hiper-reaktiviteti bronkial, gjinia, raca si dhe,
- b) faktorët mjedisorë si alergenët e brendshëm dhe të jashtëm, sensibilizuesit profesionalë, infeksionet respiratore, faktorët socio-ekonomikë, familjet e mëdha në numër, dieta dhe barnat e përdorura.

Këta njerëz nuk arrijnë të bëjnë një jetë normale për shkak të krizave të astmës, nuk mund të luajnë, të vrapojnë, lodhen më shpejt dhe mund të bëjnë një jetë të veçuar nga shoqëria dhe miqtë e tyre.

Abstract

Asthma is a heterogeneous disease which is defined as a respiratory disease that is characterized by various miscarriage and recessions as a result of bronchoconstriction of their hyperactivity and i based on continuous bronchial inflammation.

Heterogeneity is expressed with the new concept that asthma consists of many phenothia. Asthma phenotypes were defined as combinations of clinical signs and/or pathophysiological characteristics.

So asthma involves many variants of the disease with different etiology and different physiopathology as a consequence of interaction between genetic and environmental factors.

In the term “tent of asthma” ore included many phenomena of hers such as earely or late allergic asthma, neutrophil asthma, abdominal asthma, aspirin asthma, professional asthma etc.

Each of these forms of asthma can be subclassified based on the gravity of clinical signs: asthma intermittent, persistent easy, persistent medium, persistent heavy. Asthma is the most common chronic choldhood disease that affects 12.5 in occurs in genetically sensitive individuals after exposure to environmentally friendly factors.

In the development of asthma affects:

- a). Personal factors such as genetic predisposition bronchial hyperapality, atopy, gender, race and
- b). Four enviromental factors as internal and external allergens proffesional, sensitization respiratory, infections, socio-economic factors, large numbers of families, diets and medicines used.

Those people can not do a normal life because of asthma crisis, can not play, run, get tired and can do a life separate from their friends.

SHKURTESAT

DI-Diagnoza infermirore.

SRGJ-Spitali Rajonal i Gjakovës

KI-Kujdesi infermieror

LTRA-Antagonistet e receptoreve te Leuktorineve

LABA-Beta-Agonist me veprim te gjate

ICS-Kortikosteroide te thithura

SABA-Agonist te shkurter Beta

MDI-Inhalator me doz te matur

Përmbajtja

Falenderimet.....	2
Deklarata e Autorësisë.....	3
Abstrakti.....	4
Abstract.....	5
Shkurtesat.....	6
Hyrja.....	8
Qëllimi, objektivat, dhe metodologjia.....	9

KAPITULLI I

1.1 Çfarë është astma dhe cilët janë faktorët e rrezikut për zhvillimin e astmës ?.....	10
1.2 Si diagnostikohet astma?.....	11
1.3 Menaxhimi I astmës.....	13
1.4 Trajtimi për të kontrolluar simptomat dhe minimizuar rrezikun.....	14

KAPITULLI II

MEDIKAMENTET DHE KUJDESI INFERMIEROR

2.1 Medikamentet për trajtimin e sulmeve akute	16
2.2 Medikamentet që përdoren në kujdesin infermieror për pacientët me astmë.....	17
2.3 Kujdesi infermieror.....	20
2.4 Rekomandimet hap pas hapi të trajtimit të astmës për moshat e ndryshme.....	24

KAPITULLI III

3.1 Studim mbi pacientët me astmë në Spitalin Rajonal te Gjakovës.....	28
3.2 Rezultatet e Studimit.....	30
3.3 Përfundime të Studimit.....	41
Konkluzione	43
Rekomandime	44
Anekset e punimit.....	45
Referencat.....	47
CV-ja e Studentit.....	48

HYRJE

Në këtë punim diplome ne do të flasim për kujdesin infermieror në astmën bronkiale dhe kujdesin infermieror që duhet kenë për këta njerëz të cilët vuajnë nga kjo sëmundje, këtu kemi studiuar çdo aspekt të astmës si dhe kemi dhënë rekomandimet e duhura sesi duhet të kujdesemi për pacientët tanë më astmë. Po kështu do të paraqesim dhe kujdesin infermieror që u duhet dhënë këtyre pacientëve në mënyrë që ata të bëjnë një jetë normale si të tjerët dhe mos të ndihen të larguar nga shoqëria siç janë shumë simptoma të astmës që i bëjnë këta pacient mos të bëjnë një jetë të rregullt.

Për vazhdimësinë e këtij punimi dipome kemi zhvilluar një studim në spitalin e Gjakovës për 6 vjet radhazi i cili përfshin vitet 2011-2016 dhe studion rastet që kanë qënë me astmë bronkiale kanë qënë gjithsej 182 rastë të vërtetuara me astmë bronkiale nga këto 129 meshkuj dhe 53 femra nga këto: në qytet 87 raste, në fshatë 95 raste, në pranverë 57 rastë, në verë 12 raste, në vjeshtë 58 raste, në dimër 55 raste. Të siguruar nga këta pacient ishin 99 dhe të pasiguruar ishin 83, të referuar ishin 95 dhe të pa referuar ishin 87 pacient.¹

Studimi është shtrirë në këto mosha:

- a) Nga 0 – 1 vjeç 9 fëmijë
- b) Nga 1 – 4 vjeç 77 fëmijë
- c) Nga 5 – 14 vjeç 96 fëmijë

Nga gjithë këto të dhëna që kemi marë në spitalin e Gjakovës kemi nxjerrë shumë përfundime të vlefshme që duhen theksuar dhe duhen trajtuar siç duhet. Më poshtë do të shohim zhvillimin e temës dhe rezultatet e studimit.

¹190. Naimi I, Apter AJ, Ginsburg K, Naimi DR. Evaluating the adolescent with asthma: are we doing enough? J Allergy Clin Immunol Pract. 2014 Mar-Apr;2(2):230-2.

Qëllimi i punimit

Qëllimi i këtij studimi është të hetojë faktorët që ndikojnë në astmën bronkiale tek fëmijët si dhe të japi rekomandimet e duhura për kujdesin infermieror që duhet të tregohet për trajtimin e kësaj sëmundje kronike.

Pyetjet e kërkimit

Cilët janë faktorët që shkaktojnë astmën bronkiale tek fëmijët?

A përbën ndryshim vendi se ku jeton për të shkaktuar një sëmundje nga astma?

Cfarë kujdesi infermieror duhet të tregohet për sëmundjet nga astma?

Cilat janë rekomandimet e duhura që duhet tu jepen fëmijëve, prindërve dhe infermierëve për kujdesin infermieror kur janë të prekur nga sëmundja e astmës bronkiale?

Metodologjia e përdorur dhe kufizimet për realizimin e studimit

Metodologjia e përdorur në këtë temë është:

- shqyrtimi i literaturës europiane në këtë fushë që lidhet me çështje teorike të studimit;
- marrja e informacionit nga studimet e deritanishme kombëtare që trajtojnë elemente të fushës së kujdesit infermieror me astmë bronkiale
- krahasimi, analiza dhe sinteza;
- trajtimet statistikore dhe ato grafike;
- vëzhgimi i drejtpërdrejtë në terren (intervista me infërmierët e spitalit dhe qendrave të kujdesit parësor shëndetësor);
- metoda hartografike

Kufizimet për realizimin e studimit

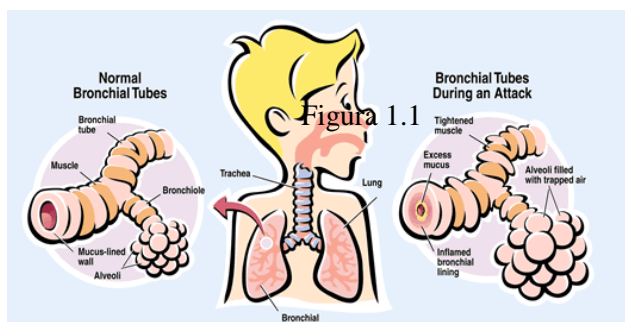
Tema përballlet me pengesa e vështirësi si:

- mungesa e studimeve kombëtare në këtë fushë; mungesa e burimeve të informacionit për çështje të pazgjidhur që lidhen me standartizimin e të dhënave statistikore në astmën bronkiale tek fëmijët.
- burokracitë për sigurimin e informacionit të nevojshëm nga spitali
- pengesa në marrjen e plotë dhe të saktë të informacionit në terren gjatë monitorimeve të drejtpërdrejta
- shtrirja e gjerë hapësinore e studimit pengon marrjen e drejtpërdrejtë të informacionit.

KAPITULLI I

1.1.Çfarë është astma dhe cilët janë faktorët e rrezikut për zhvillimin e astmës ?

Astma është një nga shkaqet e shumta për prezantimin tek departamenti i urgjencës dhe pranimin në spital. Diagnoza e astmës duhet të jetë e konsideruar në një fëmijë me kollë, që merr frymë me zor, ose ka vështirësi në



frymëmarrje. Trajtimi i astmës bronkiale përfshin më shumë se dhënia e dozës së duhur të bronchodilatorit dhe kortikosteroide për mjekim në kohën e duhur. Pacientët të cilët paraqiten me një diagnozë akute të astmës mund të kenë pasur të përsërituraose të vazhdueshme simptoma për disa kohë. Një prezantim akut me astmë ofron një mundësi për të identifikuar mangësitë në menaxhimin afatgjatë: Të tilla si nevoja për pajtim me trajtim, marrja në konsideratë e ilaçeve parandaluese, nxjerrjen e ndonjë metode tjetër dhe trajtimi i nevojshëm bashkë-ekzistues alergjik i rinitit, kërkesa për një plan veprimi dhe edukimi të astmës. Këto prezantime të problemeve të astmës akute duhet të identifikohen dhe duhet bërë kujdes i vazhdueshëm.²

Cilët janë faktorët e rrezikut për zhvillimin e astmës?

- Një alergji historike e familjes, ekzemë dhe astma. Hulumtuesit besojnë se ne trashëgojmë një tendencë për të qenë alergjik nga një ose të dy prindërit tanë. Ne nuk trashëgojmë një prirje për të qenë alergjik ndaj ndonjë diçkaje specifike. Gjithashtu, një nënë me ekzemë mund të ketë një fëmijë që ka ethe dhe jo ekzemë. Një histori pozitive e familjes e diagnostikuar me alergji, astma ose ekzema në prindërit është ndoshta faktori më i rëndësishëm në përcaktimin e një pacienti që të zhvillojë astmën në organizmin e tij.³ Alergjia dhe astma kanë tendencë për të kandiduar në familje dhe ne e dimë që nëse një prindka qenë i diagnostikuar me alergji apo astmë fëmija ka rrezikun te

²Giorgi A. The phenomenological movement and research in the human sciences. Nurs Sci Q. 2005 Jan;18(1):75-82.

³100. Krueger R.A CMA. Focusgroups. A Practical Guide for Applied Research. 4th edition. London: Sage Publications 2009.

zhvillojë astmën në organizmin e tij me përafërsisht 50%, ndërsa në qoftë se të dy prindërit kanë qënë të diagnostikuar me astmë apo alergji, rreziku i zhvillimit të fëmijës me astmë ngjitet në 75%. Rreziku më i lartë është nëse nëna ka astmë.

- Pirja e duhanit në shtëpi rrit rrezikun e astmës. Bëni që në shtëpi makinat e tymit të jenë në zonat e lira
- Pluhuri i shtëpisë dhe pluhuri i marimangave janë faktorët e rrezikut. Ka dëshmi se ekspozimet e hershme në sasi të mëdha të pluhurit shtëpiake dhe pluhurit të marimangave rritin rrezikun për astmën
- Lindje e parakohshme. Gjithashtu astma është e përhapur në foshnjat e parakohshme, Ata që kanë lindur në më pak se 36 javë të shtatzënisë
- Kafshët shtëpiake duhet të shmangen në familje ku ka sëmundje alergjike të tilla si ethe dhe ekzemë.⁴

1.2.Si diagnostikohet astma?

Diagnostikimi i astmës tek fëmijët e vegjël është i vështirë për shkak se fëmijët kolliten shpesh dhe marrin frymë me zor nga ftohjet dhe infeksionet e gjoksit, por kjo nuk është domosdoshmërisht astma. Fëmijët e vegjël i kanë rrugët e frymëmarrjes shumë të vogla dhe të ngushta dhe mesatarisht ftohen 6 -8 në vit, zakonisht në mes të shtatorit dhe marsit. Disa mjekë janë të gatshëm të japin një diagnozë të astmës tek foshnjat në bazë të kushteve të tjera që mund të jenë përgjegjës për astmën si simptomat: fëmijët e vegjël mund të marrin frymë me zor, kur ata nuk kanë një infektion viral. Bronchiolitis është një shkak shumë i zakonshëm tek fëmijët. episodet e para të kollës, rrufe dhe ethe që ndodhin në të ftohtë/ gripit stinore vjeshtë / dimër / pranverë e hershme nuk është e mundshme të jetë astma. Nëse fëmija ka disa episode të gjata historike dhe kollë, ka të ngjarë të jetë astma. I ftohti shkakton 90% të sulmeve të astmës tek fëmijët, krahasuar me 40% në të rriturit. Nuk ka asnjë test diagnostik në dispozicion për fëmijët më të vegjël se 6 vjeç, duke e bërë diagnozën në këtë grup moshe më të vështirë sesa në fëmijët e rritur. Mbi moshën rreth 6 vjet është e mundur për një fëmijë që të bëjë një test Spirometri. Ky është një test i thjeshtë që mat frymëmarrjen fëmijës nëpërmjet rrugëve të frymëmarrjeve të mëdha dhe të vogla. Rezultatet tregojnë nëse frymëmarrja e fëmijës mund të përmirësohet me ilaçe.

⁴Krueger RA. Is it a focus group? Tips on how to tell. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2006 Jul-Aug;33(4):363-6.

Kthyeshmëria e pengimit të rrugëve ajrore është një tipar kryesor i astmës. Nëse administrimi i bronkeve shfuqizon rrugët ajrore dhe ato janë ngushtuar ndjeshëm, atëherë diagnoza është ndoshta astma.⁵

Ekzaminim fizik

• Mjeku do të kryejë një testim fizikë dhe mund të urdhërojë disa Teste - x ray, analizat e gjakut, analiza e lëkurës (alergji) dhe testet e funksionit pulmonar(PFTS).

Historia:

Mjeku do të marrë një histori të detajuar të:

- Alergjisë familjare / astma me theks të prindërit
- Alergji të fëmijës - psh ekzemë
- Historia e fëmijës e sëmundjes deri më sot p.sh. frekuenca e ftohjeve
- Simptomat e fëmijës si: Ashpërsia, shpeshtësia dhe kohëzgjatja e simptomave. Ajo që sjell një fund të simptomave, për shembull, nëse fëmija ka një të ftohtë, dhesimptomat zhduken në një kohë të gjatë?
- Survejimi i fëmijës: Se çfarë kanë vërejtur prindërit në lidhje me ekspozimet ndaj alergeneve ose irrituesve, të tilla si tymi, parfumi, infeksione apo emocione
- Ky informacion ndihmon mjekun të kuptoj modelin e simptomave të fëmijës.

Çfarë ndodh gjatë një sulmi të astmës?

Pjesa e ndjeshme e rrugëve ajrore do të reagojë me një përflakje, fryrje, dhe ndoshta ndonjë qelbëzim të lehtë të rrugëve ajrore. Muskujt që rrethojnë rrugët e frymëmarrjes do të jenë të shtrënguar dhe ngushtuar duke shkaktuar një bllokim në rrugët e frymëmarrjes gjë që e bën të vështirë frymëmarrjen për fëmijën. Simptomat bëhen mjaft të dukshme kur fëmijët mund të përjetojnë kollitje, ngushtësi në gjoks dhe rritet norma e zemrës, djersitje, dhe gulçim⁶

Cilat janë simptomat e astmës në foshnja dhe të vegjël?

Simptomat e përgjithshme të astmës përfshijnë kollitje, ftohje dhe gulçim. Simptomat e astmës ndryshojnë shumë në disa fëmijë. Disa kolliten gjithë natën, por janë në rregull gjatë ditës, ndërsa tek të tjerët duket që marrin ftohje të shpeshta në gjoks. **Kolla e shpesht** është e vetmja simptomë tek fëmijët e vegjël

⁵96. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004 Feb;24(2):105- 12.

⁶Klok T, Kaptein AA, Duiverman EJ, Brand PL. Long-term adherence to inhaled corticosteroids in children with asthma: Observational study. Respir Med. 2015 Jul 26.

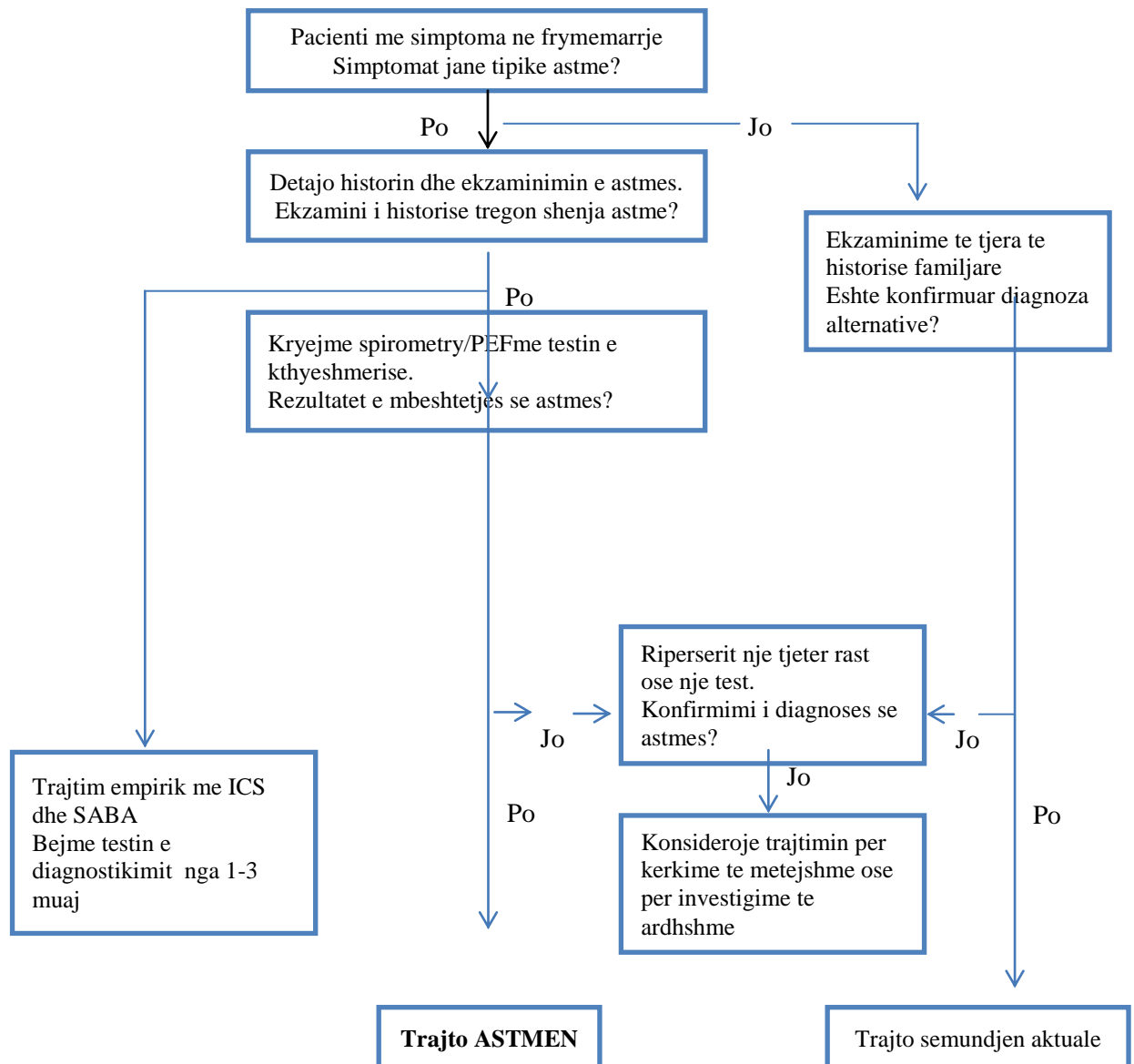


Diagrama 1.1.Diagnoza e astmës bronkilaë

1.3. Menaxhimi i astmës

Parime të përgjithshme

Qëllimet afatgjata të menaxhimit të astmës janë kontrolli i simptomave dhe reduktimi i rrezikut. Qëllimi është të zvogëlohet barra ndaj pacientit dhe rreziku i tyre për acarimin dëmtimin e udhëve ajrore dhe efekteve anësore të ilaçeve. Qëllimet e vet pacientit në lidhje me astmën e tyre dhe trajtimin e saj duhet të identifikohen.

Rekomandimet e nivelit të popullsisë rreth trajtimeve të preferuar të astmës

përfaqësojnë trajtimin më të mirë për shumicën e pacientëve në një popullsi.⁷

Vendimet e trajtimit për nivele të ndryshme të pacientit: duhet marrë në konsideratë ndonjë nga karakteristikat individuale ose fenotipe që parashikojnë reagimin e mundshëm të pacientit për trajtim, së bashku me preferencat e pacientit dhe çështjet praktike, të tilla si teknikat e pompimit, aderimin dhe kostot.

Një partneritet në mes të pacientit dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor është i rëndësishëm për menaxhimin efektiv të astmës. Ofruesit e kujdesit shëndetësor duhen të trajtohen në aftësitë e komunikimit dhe kjo mund të çojë në rritjen e kënaqësisë së pacientit, në rezultate më të mira shëndetësore, dhe përdorimin e reduktuar të burimeve të kujdesit shëndetësor.

Leximi i shëndetit - që është, aftësia e pacientit për të marrë procesin dhe për të kuptuar informacionet bazë shëndetësore, për të marrë vendimet e duhura shëndetësore - duhet të merret parasysh në menaxhimin e astmës dhe arsimin e pacientit.

1.4. Trajtimi për të kontrolluar simptomat dhe minimizuar rrezikun

Trajtimi i astmës për kontrollin e simptomave dhe reduktimin e rrezikut përfshin:

- **Medikamente.** Çdo pacient me astmë duhet të ketë një ilaç qetësues, dhe shumica e të rriturve dhe të rinjtë me astmë duhet të kenë një mjekim kontrollues
- Trajtimi i faktorëve të riskut duhet të ndryshohet
- Terapia dhe strategjitë jo-farmakologjike

E rëndësishmja, çdo pacient duhet të jetë trajnuar në aftësitë themelore për të udhëzuar vetë-menaxhimin e astmës, duke përfshirë:

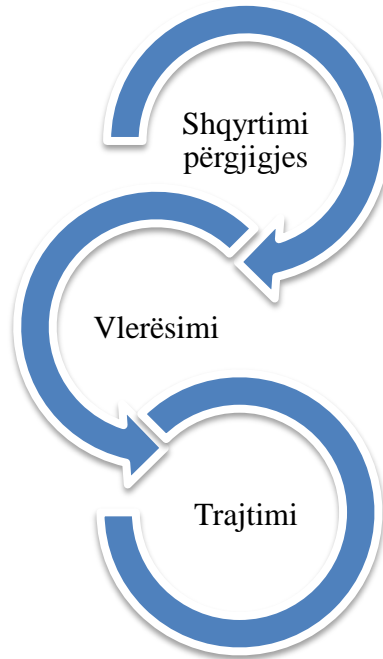
- Informacion për astmën
- Aftësitë për frymemarrjen
- Respektimin
- Planin e veprimit për astmën të shkruar
- Vetë-monitorimi
- Shqyrtim i rregullt mjekësor

⁷Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care--ready for prime time. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011 Dec;10(4):248-51.

Menaxhimi dhe kontrolli bazë për astmën

Trajtimi i astmës është përshtatur në një cikël të vazhdueshëm për të vlerësuar, për të rregulluar trajtimin dhe shqyrtimin e përgjigjes. Komponentët kryesorë të këtij cikli janë paraqitur në diagramën mëposhtë.

Diagrama 1.2. Cikli i menaxhimit astma e kontrollit të bazuar në



KAPITULLI II

MEDIKAMENTET DHE KUJDESI INFERMIEROR

2.1. Medikamentet për trajtimin e sulmeve akute

Bronchodilatort që ndihmojnë ose eliminojnë simptomat e sulmeve akute janë quajtur relievers. Dallimet në masat e miratuara për trajtimin e sulmeve akute tek fëmijët dhe të rriturit janë përmbledhur nga Hosoi si shprehndares.

- 1) Ashpërsia e sulmeve në fëmijët barazohet në klasën tjetër më të lartë të seriozitetit në të rriturit.
- 2) Oral 2-agonist të luajë një rol më të madh në astmën e butë rastet e fëmijërisë (me ndërprerje të butë dhe rastet e lehta të vazhdueshme), ndërsa MDIS duhet të tregohet kujdes.
- 3) Steroidet orale duhet të përdoren me maturi.
- 4) Infuzion aminophylline dhe zëvendësimi i lëngjeve janë miratuar zakonisht për trajtimin e moderuar të sulmeve të rënda (Hapi 2).
- 5) Injeksion i nënlëkurës (epinephrine) nuk është miratuar si terapi standarde.
- 6) inhalimi i vazhdueshëm i isoproterenol është përdorur në trajtimin e sulmeve shumë të rënda. Në trajtimin e sulmeve akute tek pacientët, 2-agonist janë administruar nga goja ose me anë të inhalacionit, dhe epinephrine është injektuar nën lekure në situata emergjente. Theophylline është administruar me gojë ose aminophylline nga injeksion intravenoz⁸

Trajtimi i sulmeve akute

- (1) Trajtimi i sulmeve të buta administrohet me inhalacion, dhe pas monitorimit të kurseve klinike për 15 minuta, ashpërsia e sulmit duhet vlerësuar përsëri. Nëse ka ndonjë përmirësim, por përgjigja është ende e pamjaftueshme, inhalimi duhet të përsëritet. Nëse përgjigja nuk është e kënaqshme, trajtimi duhet të përmirësohet.⁹

⁸Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003 Jun 14;326(7402):1308-9.

⁹ Juniper EF, O'Byrne PM, Guyatt GH, Ferrie PJ, King DR. Development and validation of a questionnaire to measure asthma control. *Eur Respir J*. 1999 Oct;14(4):902-7.

(2) Trajtimi i sulmeve të moderuara

Sulmet administrohen së pari me inhalacion. Një injeksion intravenoz është siguruar ose infuzion me pikim nga 4 deri në 6 mg/kg peshë të trupit, aminophylline duhet shtuar në mirëmbajtjen e lëngjeve ose 20% glukozë administrohet mbi 20 minuta ose më shumë. Nëse përgjigja e vërejtur nuk është e kënaqshme inhalimi duhet të përsëritet, dhe të vazhdojë infuzioni me aminophylline. Në qoftëse kjo e fundit bëhet e nevojshme, pacienti duhet të jetë i shtruar në spital.¹⁰

(3) Trajtimi i sulmeve të rënda

Tek pacientët, dallime të mëdha individuale janë vënë në dukje në rezultatet e trajtimit efektivë, trajtimi shpesh ndryshon midis individëve, administrohet me inhalacion, oksigjen shtesë dhe aminophylline administrohet nga infuzioni i vazhdueshëm intravenozë. Hydrocortisone në dozë 5 deri 7 mg/kg të peshës trupore administrohet me injeksion intravenoz të ngadaltë në intervale prej 4 deri në 6 orë ose injeksion prednisolon duke filluar në doza nga 1 deri në 1.5 mg/kg të peshës trupore. Nëse nuk ka përgjigje adekuate të vërejtur shkalla e zemrës, norma e frymëmarrjes, dhe mbushja me oksigjen duhet të monitorohet nga afër.

(4) Trajtimi i dështimit të frymëmarrjes

Nëse funksionet pulmonare nuk përmirësohen pavarësisht nga masat e mësipërme, intubimi endotrakeal, ventilimi i ndihmuar, dhe ventilimi artificial mund të bëhet i nevojshëm.

(5) Indikacionet për hospitalizim

Pacientët në moshë të vogël me astmë bronkiale janë hospitalizuar më shpesh se pacientët e rritur me astmë bronkiale, në mënyrë për të siguruar se ata duhet të trajtohen sa më shpejt dhe sa më të sigurtë të jetë e mundur. Indikacionet për shtrimin në spital mund të përmbliidhen si më poshtë.¹¹

- 1) Sulmet e rënda
- 2) Sulmet e moderuar që nuk i përgjigjen edhe pas 2 orësh trajtimit të duhur në klinika ambulatorie

¹⁰Juniper EF. Assessing asthma control. Curr Allergy Asthma Rep. 2007 Sep;7(5):390-4.

¹¹Srof BJ, Velsor-Friedrich B. Health promotion in adolescents: a review of Pender's health promotion model. Nurs Sci Q. 2006 Oct;19(4):366-73.

- 3) Sulmet e moderuar që zgjasin më shumë se 24 orë
- 4) Astma akute tek pacienti
- 5) Komplikimet, të tilla si pneumonia, atelectasis, dhe pneumotoraks
- 6) Përgjigja e pamjaftueshme pavarësisht klasifikimit të kontrollit afatgjatë

2.2. Medikamentet që përdoren në kujdesin infermieror për pacientët me astmë

Komponenti 4: Medikamente

Medikamentet për trajtimin e astmës janë kategorizuar në dy klasa:

Klasat e përgjithshme: kontrolli afat-gjatë me ilaçe dhe mjekim i shpejtë për lehtësim.

Përzgjedhja e barnave përfshin shqyrtimin e mekanizmave të përgjithshme dhe rolin e ilaçeve në terapi, ofrimin e pajisjeve dhe të sigurisë. Mekanizmat e përgjithshëm dhe roli i medikamenteve në terapitë e kontrollit afatgjatë janë përdorur çdo ditë për të arritur dhe për të ruajtur kontrollin që astma mos të vazhdojë. Më efektive janë ato që zbusin inflamacionin themelor karakteristikë të astmës.¹²

Medikamentet e kontrollit afatgjatë përfshijnë:

- **Kortikosteroidet** janë medikamente anti-inflamator që zvogëlojnë hiper reagueshmërinë në rrugët ajrore, pengojnë migrimin inflamator qelizore dhe aktivizimin, dhe bllokojnë reagimin e vonuar në faza të ndryshme. Marrja e kortikosteroideve (ICSs) duhet të jetë e vazhdueshme që mjekimi të jetë efektiv në kontrollin afat-gjatë në të gjitha hapat e kujdesit për astmën e vazhdueshme, dhe për të përmirësuar kontrollin e astmës me efikasitet në të dy (fëmijët dhe të rriturit). Kortikosteroidet përdoren të reduktuara kur ka dëmtim të vogël dhe rrezik për acarim, por kortikosteroidet nuk duhen ndryshuar në progresion sepse ashpërsia është një aspekt themelor i sëmundjes. Aplikime të shkurtra e sistematike me marrje orale të kortikosteroideve janë përdorur shpesh për të fituar kontroll të shpejtë të astmës. Kortikosteroidet orale sistematike janë përdorur gjatë për trajtimin e pacientëve të cilët kërkojnë kujdes (për astmën e rëndë dhe të vazhdueshme).¹³

¹²de Benedictis D, Bush A. The challenge of asthma in adolescence. *Pediatr Pulmonol.* 2007 Aug;42(8):683-92.

¹³Mosnaim G, Li H, Martin M, Richardson D, Belice PJ, Avery E, et al. Factors associated with levels of adherence to inhaled corticosteroids in minority adolescents with asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2014 Feb;112(2):116-20.

- **Cromolyn natriumi dhe nedocromil** përdoren për të stabilizuar direkt qelizat dhe të ndërhyjnë në funksionin kanal chloride. Ato janë përdorur si alternativë, por nuk janë ilaçe të preferuar për pacientët që kërkojnë kujdes (për astma e butë e vazhdueshme). Ato gjithashtu mund të përdoren si trajtim parandalues para ushtrimit ose ekspozimit të pashmangshëm ndaj alergjive të njohura.
- **Immunomodulators.** Omalizumab (anti-IgE) është një antitrop monoklonal që pengon lidhjen e IgE për receptorët e lartë me prirje në bazofile dhe direkt në qeliza. Omalizumab është përdorur si terapi shtesë për pacientët 12 vjeç që kanë ndjeshmëri ndaj alergjive përkatëse (psh, pluhur, kacabu, mace ose qen) dhe të cilët kërkojnë kujdesin në rendin e 5 ose 6 (për astmë të rëndë e të vazhdueshme). Mjekët të cilët administrojnë **omalizumab** duhet të jenë të përgatitur dhe të pajisur për të identifikuar dhe trajtuar proceset anafilaktike që mund të ndodhin.¹⁴
- **Modifiers Leukotrinë** ndërhyjnë në rrugën e ndërmjetësuesve leukotrine, të cilat janë lëshuar nga mastocitet eozinofilet dhe bazofilet. Këto medikamente përfshijnë LTRAs (montelukast dhe zafirlukast) dhe një frenues 5-lipoxygenase (zileuton). LTRAs janë alternativë, por jo të preferuar, për terapi trajtimi të pacientëve të cilët kërkojnë kujdes të **Hapit të 2** (Për astmë të butë të vazhdueshme). LTRAs mund të përdoret gjithashtu si terapi shtesë me ICSs, për të rinjtë 12 vjeç. LTRAs mund të zbus EIB. Zileuton mund përdoret si alternativë, por jo e preferuar; **Monitorimi i funksionit të mëlçisë është thelbësor.**¹⁵
- **Labas** (salmeterol dhe formoterol) janë bronchodilator që kanë një kohëzgjatje të marrjes prej të paktën 12 orë pas një dozë të vetme.
 - Labas nuk janë për t'u përdorur si monoterapi për kontrollin afatgjatë të astmës.
 - Labas përdoren në kombinim me kortikosteroidet për kontrollin afatgjatë dhe parandalimin e simptomave në astmë të moderuar ose të rëndë të vazhdueshme.
 - Nga terapi rregulluese në dispozicion, LABA është terapia e preferuar për të kombinuar me kortikosteroidet në të rinjtë nën 12 vjeç.

¹⁴Bitsko MJ, Everhart RS, Rubin BK. The Adolescent with Asthma. Paediatr Respir Rev. 2013 Aug 22

¹⁵Bruzzese JM, Bonner S, Vincent EJ, Sheares BJ, Mellins RB, Levison MJ, et al. Asthma education: the adolescent experience. Patient Educ Couns. 2004 Dec;55(3):396-406.

- LABA mund të përdoret përpara ushtrimit të nxitur nga bronket(EIB), por kohëzgjatja e veprimit nuk i kalon 5 orë.
- **Methylxanthines.** Theophylline përdoret si alternative për një astmë të butë të moderuar të bronkeve, por nuk është e preferuar (Për astmë të butë të vazhdueshme) ose si terapi shtesë me ICS-në e pacientëve. Theophylline mund të ketë efekte të butë anti-inflamator.

Medikamentet që përdoren për lehtësim të shpejtë dhe trajtimin e simptomave dhe acarimin. Ato përfshijnë:

- **Anticholinergics** pengojnë receptorët dhe reduktojnë tonet e brendshme vagale të rrugëve ajrore. Ipratropium bromide ofron përfitim shtues për acarimin e moderuar ose kujdesin e situatave emergjente të rënda. *Ipratropium bromide* mund të përdoren si një alternative bronkeve për pacientët që nuk e tolerojnë SABA, edhe pse ai nuk ka qenë në krahasim me SABAs.¹⁶
- SABAs-albuterol, levalbuterol, dhe pirbuterol janë trajtimi i zgjedhur për lehtësimin e simptomave akute dhe parandalimin e astmës. Rritja e përdorimit të SABA apo përdorimi i SABA > 2 ditë në javë për lehtësim simptomave në përgjithësi kanë një kontroll joadekuat të astmës dhe nevojën për fillimin e terapis ose intensifikimin anti-inflamator. Duhet planifikuar rregullisht çdo ditë, përdorimi kronik i SABA (nuk janë të rekomanduar kortikosteroidet)

2.3. Kujdesi infermieror

Pyetni pacientët për të gjitha barnat dhe ndërhyrjet që ata janë duke përdorur ose kanë bërë. Disa besime kulturore edhe praktika mund të jenë pa dëm dhe mund të integrohen në strategjitë e menaxhimit të rekomanduar por është e rëndësishme të këshillojmë pacientët se metodat alternative shëruese janë zëvendësues të rekomanduar terapeutikë. Hulumtimet klinike për sigurinë dhe efikasitetin janë të kufizuara, dhe baza e tyre shkencore duhet të jetë e themeluar.

Dëshmitë duhet të jenë të mjaftueshme për të rekomanduar ose jo trajtime për astmën. Këto përfshijnë terapinë, homeopatin dhe mjekësi bimë, dhe frymëmarrje ose teknika të relaksimit. Akupunktura nuk është shumë e rekomanduar për trajtimin e astmës.

¹⁶World Health organization (WHO). 10 Facts on children's health (May 2011). Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/asthma/en/>.

Pacientët që përdorin trajtime bimore për astmë duhet të jenë të paralajmëruar për mundësinë e përbërësve të dëmshëm dhe për marrëdhëniet e rekomanduara në medikamentet e astmës. Pacientët duhet të udhëzohen për përdorimin e pajisjes së ofrimit për të thithur medikamentet, dhe pacientëve duhet të tju rishikohet në çdo vizitë përparimi i sëmundjes¹⁷

Avantazhet e dhënies së medikamenteve direkt në mushkëri janë sepse pacientit mund ti shkaktohet mbytje nga marrja e medikamenteve në mënyrë orale. Medikamentet me thithje, ose aerosols, janë në dispozicion në një shumëllojshmëri të pajisjeve që ndryshojnë në teknikën e nevojshme.

ICSs janë të preferuar në terapi të kontrollit afat-gjatë në pacientët e të gjitha moshave. Në përgjithësi, ICSs janë toleruar mirë dhe duhet të jenë të sigurt në doza të rekomanduara.

Shumica për përfitimet e ICS për pacientët të cilët kanë astmë të butë ose të moderuar duhet tu jepet një dozë e mesme. Të dhënat sugjerojnë se doza më të larta mund të zvogëlojnë rrezikun dhe acarimin e mëtejshëm. Për më tepër, doza më të larta janë të dobishme për pacientët të cilët kanë astmë më të rëndë. (Rreziku i efekteve anësore rritet me rritjen e dozës).

Doza e lartë e ICS-së administrohet për periudha të zgjatura kohore (psh, > 1 vit) ka në mënyrë të konsiderueshme më pak potenciale se kortikosteroidet sistemike orale për të mos pasur efekte negative.

Për të zvogëluar efektet potenciale negative, Masat prandaluese të mëposhtme janë të rekomanduara.

- Pacientët duhet të këshillohen për të përdorur ndarësit ose VHCs në aktivizimin e jo frymëmarjes dhe marjen e dozës së duhur
- Të këshillohen pacientët për shpëlarjen e gojës pas mbytjes.¹⁸
- Përdorni dozën më të ulët të ICS-se që ruan kontrollin e astmës. Vlerësimi i teknikës që përdoret tek pompa e pacientit dhe aderimi, si edhe te masat e kontrollit të mjedisit, para se të rritet doza.

¹⁷Callery P, Milnes L. Communication between nurses, children and their parents in asthma review consultations. J Clin Nurs. 2012 Jun;21(11-12):1641-50.

¹⁸Lyte G, Milnes L, Keating P, Finke A. Review management for children with asthma in primary care: a qualitative case study. J Clin Nurs. 2007 Jul;16(7B):123-32.

- Konsideroni duke shtuar një Laba, ose terapi alternative rregulluese, në një dozë të ulët ose të mesme të ICS dhe ose duke përdorur një dozë më të lartë të ICS për të ruajtur kontrollin e astmës.

Marrja e Kortikosteroideve dhe ndikimi i tyre në rritjen e gjatësisë tek fëmijët

- Rreziqet e mundshme të ICSs janë të balancuara mirë nga përfitimet e tyre.
- Një kontroll i dobët i astmës mund të vonojë rritjen. Fëmijët të cilët kanë astmë kanë tendencë të kenë ritme të reduktuara të rritjes para pubertetit. Normat e rritjes janë shumë të ndryshueshme në fëmijë të ndryshëm. Vlerësimi afatshkurtër nuk mund të jetë parashikuesi final i lartësisë së arritur.
- Mundësia për efektet negative mbi rritjen lineare nga ICS duket të jetë e varur nga doza e marjes së medikamenteve. Në trajtimin e fëmijëve që kanë astmë të butë apo të moderuar të vazhdueshme, ICS e ulët ose dozë e mesme, Terapia mund të shoqërohet me një efekt negativ në rritjen lineare (Rreth 1 cm). Efekti në rritjen e shpejtë duhet të ndodhë muajt e parë të trajtimit dhe në përgjithësi është i vogël dhe nuk është progresive. Rëndësia klinike e këtij efekti të mundshëm sistematik është ende për t'u përcaktuar.¹⁹
- Në përgjithësi, efikasiteti i ICSs është i mjaftueshëm për efektet shqetësuese të rritjes. Megjithatë, ICSs duhet të përdoret si një dozë e ulët e cila është e nevojshme për të ruajtur kontrollin e mirë të astmës, dhe marrja ICSs tek pacientët duhet të monitorohet për ndryshime në rritje, duke përdorur një stadiometer.
- Shtimi i laba (salmeterol ose formoterol) për trajtimin e pacientëve të cilët kërkojnë më shumë se një dozë të ulët ICS për të kontrolluar astmën dhe përmirësimin e funksionimit të mushkërive arrin të zvogëlojë simptomat, redukton acarimin.
- Labas nuk janë përdorur si monoterapi për kontrollin afatë gjatë. Pacientët duhen udhëzuar që mos të ndalojnë terapinë ICS, ndërsa janë duke marrë Laba, edhe pse simptomat e tyre mund të përmirësohen në mënyrë të konsiderueshme. Qasja hap pas hapi për menaxhimin astmës dhe parimet e

¹⁹Couriel J. Asthma in adolescence. Paediatr Respir Rev. 2003 Mar;4(1):47-54.

qasjes hap pas hapi për menaxhimin e astmës është e rekomanduar për të fituar dhe për të ruajtur kontrollin e astmës.²⁰

Qasja hap pas hapi përfshin katër komponentet e kujdesit:

Vlerësimi i ashpërsisë të inicimit të terapisë ose vlerësimi i kontrollit për të monitoruar dhe rregulluar terapinë;

Studim i durueshëm; i mjedisit masat e kontrollit dhe menaxhimit të kushteve në çdo hap dhe përzgjedhja e ilaçeve;

Lloji, sasia dhe caktimi i ilaçeve duhet të përcaktohet nga niveli i ashpërsisë të astmës ose kontrollit të astmës.

- Rritet intensiteti i terapisë dhe ulet sipas nevojës kur është e mundur.
- Për shkak se astma është një çrregullim inflamatorë kronikë, astma e vazhdueshme duhet të monitorohet me kontrollin e përditshëm afatgjatë dhe me ilaçe kundër inflamacion. ICSs janë më të vazhdueshme dhe terapi efektive anti-inflamator për të gjithë grupet e moshave, në të gjitha shkallët e kujdesit për astmëtë vazhdueshme.
- Përzgjedhja mes opsioneve alternative të trajtimit bazohet në konsideratën e trajtimit²¹

Pasi kontrolli i astmës është arritur, monitorimet dhe ndjekjet janë thelbësore, sepse astma shpesh ndryshon me kalimin e kohës.

Qasja hap pas hapi dhe trajtimet e rekomanduara kanë për qëllim të ndihmojnë, jo të zëvendësojnë, rezultatet klinike të nevojshme për të përcaktuar trajtim të përshtatshëm dhe për të përmbushur nevojat e pacientit dhe rrethanat. Referimi nga një specialist astme për konsultim ose menaxhim rekomandohet nëse ka vështirësi në arritjen ose ruajtjen e kontrollit të astmës, në qoftë se pacientit i kërkohet marrja sistematike orale kortikosteroid për një 1 vit ose ka një rëndim dhe kërkon shtrimin në spital.

Për pacientët të cilët tashmë janë duke marrë medikamente afatgjatë për të vlerësuar dhe kontrolluar astmën në qoftë se astma e pacientit nuk është e mirë kontrolluar në terapinë aktuale. Merren masa si:

Vlerësohet kontrolli i astmës nga 2-6 javë (në varësi në nivel të ashpërsisë fillestare ose kontrollit).

²⁰ Steinberg L. Cognitive and affective development in adolescence. Trends CognSci. 2005Feb;9(2):69-74.

²¹Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today. 2004 Feb;24(2):105- 12.

Në përgjithësi klasifikojmë nivelin e kontrollit të astmës nga treguesit e dëmtimit ose rrezikut.

Shkakëtari i rrezikut është zakonisht i lidhur fortë me morbiditetin e fëmijëve të vegjël dhe për këtë shkak shpesh fëmijët kanë simptoma dhe acarime të shumta.

Nëse spirometri sugjeron se masa e dëmtimit është e keqe, rivlerësojmë masat e tjera.

Në qoftë se historia e acarimit sugjeron se kontrolli ka qënë i varfër në vlerësimin e dëmtimit. Bëhet shqyrtimi i planeve për trajtimin e acarimit dhe përfshin përdorimin oral kortikosteroidet në mënyrë sistematike, sidomos për pacientët të cilët kanë një histori të acarimeve të rënda.

Nëse kontrolli i astmës nuk është arritur me veprimet e mësipërme:

- Rishikojmë respektimin e pacientit për medikamente, teknikat me pompë, kontrollin mjedisor (ose nëse nuk janë të reja ekspozimet), dhe menaxhimin komfort të kushteve.

- Nëse një trajtim alternativ është përdorur në fillim dhe është ndërprerë përdorimi i saj atëherë duhet të fillohet me një terapi intensive.

- Një kurs i shkurtër i kortikosteroideve sistematike orale mund të konsiderohet për të fituar një kontroll të shpejtë për pacientët e astmës të cilit shpesh i ndërpret gjumin apo aktivitetet normale të përditshme ose që janë duke përjetuar një rëndim në kohën e vlerësimit.

- Në qoftë se mungesa e kontrollit vazhdon, konsiderojnë diagnoza alternative para avancimit më tej të astmës.²²

- Nëse pacienti ka efekte anësore lind nevoja për të shqyrtuar mundësitë e ndryshme të trajtimit. Për të ruajtur kontrollin e astmës, kontaktin dhe ndjekjen e rregullt për shkak se astma është thelbësore dhe shpesh ndryshon me kalimin e kohës.

- Orari i vizitave me pacientin është 1 deri në 6 intervale mujore; intervali do të varet nga faktorë të tillë si niveli ose kohëzgjatja e kontrollit të astmës dhe niveli i trajtimit i kërkuar.²³
- Konsideroni të bëni një terapi për astmën dhe kontroll për të paktën 1 herë në 3 muaj. Për të identifikuar është e nevojshme për terapinë minimale të mbahet kontroll i mirë. Një ulje në terapi duhet të jetë graduale dhe duhet të jetë monitorim i ngushtë. Studimet janë të kufizuara në drejtimin të terapisë së

²²National board of Health and Welfare in Sweden for asthma and chronic obstructive lung disease. Stockholm. 2004.

²³EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990 Dec;16(3):199-208.

reduktuar. Në përgjithësi, doza e ICS-së mund të jenë të reduktuar në 25% deri në 50% çdo 3 muaj me dozën më të ulët të mundshme.

- Konsideroni periudhat sezonale të përditshme për terapit e kontrollit afatgjatë për pacientët të cilët kanë simptoma astme vetëm me sezone të caktuara (psh, pollens sezonale, alergji, ose infeksionet virale respiratore) dhe që kanë astmë të përhershme në pjesë të caktuar të vitit. Kjo qasje duhet vlerësuar në mënyrë rigoroze; Monitorimi i ngushtë për 2-6 javë pas terapisë nuk duhet ndërprerë dhe është thelbësore për të siguruar kontroll të qëndrueshëm të astmës.²⁴

2.4. Rekomandimet hap pas hapi të trajtimit të astmës për moshat e ndryshme

Rekomandimet për trajtimet e ndryshme janë paraqitur në hapa në tri grupmosha të ndryshme (0-4 vjeç, 5-11 vjeç, dhe 12 vjeç e lart) Sepse rrjedha e sëmundjes mund të ndryshojë me kalimin e kohës, rëndësia e masave të dëmtimit apo të rrezikut potencial afatshkurtër dhe ndikimi afatgjatë i medikamenteve mund të jenë të lidhura me moshën, dhe nivelet e ndryshme të provave shkencore janë në dispozicion për moshat të ndryshme.

Hapat që duhen për fëmijët nga 0-4 vjeç

Trajtimi i rekomanduar në hapat e ndryshme të dozave për mjekim.²⁵ Në plotësimin e përgjithshëm parimet e qasjes hap pas hapi, konsiderata të veçanta meren sipas grupmoshave dhe përfshijnë fillimin e terapisë. Fillimi i përditshëm i terapisë së kontrollit afatgjatë në fëmijët e moshës 0-4 vjeç rekomandohet si më poshtë:

- Duhet të merret parasysh për uljen e dëmtimit në foshnjat dhe fëmijët e vegjël të cilët në mënyrë të vazhdueshme kërkojnë trajtim simptomatik 2 ditë në javë për një periudhë prej 3 mujore
- Duhet të merret parasysh për uljen e rrezikut në foshnjat dhe fëmijët e vegjël të cilët kanë acarime të shumta

Kërkon kortikosteroidet sistematike brenda 6 muajve Ajo mund të konsiderohet për përdorim vetëm gjatë periudhave, ose stinëve që paraqesin rrezik të dokumentuar më parë (p.sh., Gjatë stinëve të infeksioneve virale respiratore). Vendimi se kur duhet

²⁴Malterud K. Kvalitative metoder i medicinsk forskning (Qualitative methods in medical research) 2009

²⁵Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health. 2012 Dec;40(8):795-805.

filluar terapia afatgjatë e përditshme është i vështirë. Inflamacionet kronike në rrugët ajrore mund të zhvillojnë astmë në fëmijët parashkollor; për shembull, në mes të 50-80% të fëmijëve u janë zhvilluar simptomat e astmës para ditëlindjes së pestë. Trajtimi adekuat do të zvogëlojë barrën e sëmundjes, dhe diagnozat e trajtimit janë problemet kryesore në këtë grup moshe. Jo të gjithë fëmijët që marrin frymë me zor dhe kollë janë të shkaktuara nga astma, Megjithatë kujdesi është i nevojshme për të shmangur dhënien e papërshtatshme të terapisë të zgjatur. Inicimi i terapisë dhe kontrollit afatgjatë do të varet në shqyrtimin e çështjeve lidhur me diagnozën dhe prognozën.²⁶

Infeksionet virale respiratore janë shkaku më i zakonshëm i simptomave të astmës në këtë grup moshë. Për fëmijët të cilët kanë acarime nga infeksionet virale, të cilat shpesh mund të jenë të rënda (lind kërkesa emergjente për kujdes apo spital),.

Për trajtimin e astmës tek fëmijët e vegjël, sidomos për foshnjat nuk është zbuluar ndonjë mënyrë adekuate. Mundësitë e trajtimit të preferuara janë të bazuara në studimet individuale të efikasitetit të medikamenteve në këtë grup moshë; gjykimet krahasuese nuk janë në dispozicion.

- Disa pajisje të ofrimit që janë në dispozicion, dhe dozat e medikamenteve të marra mund të ndryshojnë në mesin e pajisjeve dhe grupmoshave. Në përgjithësi, fëmijët <4 vjeç do të kenë më pak vështirësi për përdorimin e një maske fytyre.
- Nëse një përgjigje përfundimtare nuk është e qartë dhe e dobishme brenda 4-6 javëve të mjekimit të pacientit. Duhet të ndalet trajtimi dhe terapisë alternative ose diagnoza alternative duhet të merret parasysh.
- Nëse një përgjigje e qartë dhe e dobishme është e qëndrueshme për të paktën 3 muaj, e konsiderojmë më pak të rëndësishme për të vlerësuar nevojën për një kontroll të vazhdueshëm të përditshëm afatgjatë të terapisë.²⁷

²⁶Giorgi A. The Descriptive phenomenological method in psychology: a modified Husserlian approach: Pittsburgh, PA:Duquesne University Press; 2009.

²⁷vanManen.M. Research lived experience: human science for an action sensitive pedagogy. Althouse press, Ontario1997.

Hapat për Fëmijët 5-11 vjeç

Promovimi i pjesëmarrjes aktive në aktivitete fizike si stërvitje sportive dhe aktivitetit fizik është një pjesë e rëndësishme e jetës së fëmijës. Megjithatë nëse fëmija ka rezistencë të dobët gjatë aktiviteteve të zakonshme fizike për tu rritur shëndetshëm duhet një terapi për trajtimin. Për studimin e astmës tek kjo grup moshë përfshihen fëmijët 10 vjeç (kjo është përcaktuar si moshë e përshtatshme) në zhvillimin e planeve për shqyrtimin dhe studimin e astmës. Kjo përfshirje mund të ndihmojë në adresimin e çështjeve dhe zhvillimit të pavarësisë në ndërtimin e besimit të fëmijëve, rritjes personale, përgjegjësi dhe fitimit të aftësive për zgjidhjen e problemeve. Inkurajimi i prindërve për të marrë një kopje të shkruar të planit të veprimit të astmës në shkollën e nxënësve, ose kujdesin ndaj fëmijëve në kamp. Konsideroni trajtimin e ndjekur gjatë përzgjedhjes së planit të kujdesit për fëmijët²⁸

Opsionet:

Janë të preferuara terapitë afatgjata të kontrollit. Përfitimet e ICSs janë shumë më të mira se ndonjë metodë tjetër dhe bejnë një reduktim të rreziqeve jo progresive në shpejtësinë e rritjes ose efekteve të tjera të mundshme negative. ICSs si të gjitha barnat, duhet të përgatiten në një dozë të ulët të nevojshme për të ruajtur kontrollin. Prova me cilësi të lartë demonstroi efektivitetin tek fëmijët 5-11 vjeç dhe studimet krahasuese demonstrojnë kontrollin e përmirësuar me ICS në një varg të rezultateve të astmës krahasuar me medikamente të tjera të kontrollit afatgjatë.

Për rënien e fuqisë respiratore:

- Fëmijët që kanë funksionim të ulët të mushkërive dhe acarime 2 ditë në javë mund të trajtohet mirë duke shtuar një Laba për një dozë të ulët të ICS-së (bazuar në studimet në fëmijët më të vjetër dhe të rriturit).²⁹
- Rritja e dozës së ICS-se në dozë të mesme mund të të përmirësojë simptomat dhe funksionin e mushkërive në ata fëmijë të cilët kanë nivele më të madhe të dëmtimit (Bazuar në studimet e fëmijëve).
- Një studim për fëmijët sugjeron disa dobi për trajtimin e dëmtimeve të shtuar me LTRA.

²⁸Belfrage B, Hansson A, Bake B. Performance and interpretation of spirometry among Swedish hospitals. Clin Respir J. 2014 Dec 16.

²⁹Campbell A. Inter-professional collaboration and children with asthma. Paediatr Nurs. 2002 Dec;14(10):32-4.

Për fushën e rrezikut:

- Studimet nuk kanë treguar se duke shtuar LABA ose LTRA redukton acarimin tek fëmijët. Shtimi i Laba ka probabilitete të mundshme për rrezikshmeri të rralla për jetën apo acarime fatale.

- Studime në fëmijët më të vjetër dhe të rriturit tregojnë se duke rritur dozën e ICS mund të zvogëlojë rrezikun e acarimit, por kjo mund të kërkojë deri në një rritje katërfish të dozës. Kjo dozë mund të rritë rrezikun potencial të efekteve sistematike edhe pse rreziku është i vogël brenda intervalit medium-dozë.

Nevoja për kujdesin **Hapi 4** zakonisht përfshin fëmijët të cilët kanë një nivel të ulët të funksionimit të mushkërive dhe dëmtimi është i lartë. Kombinimi i ICS dhe LABA është i preferuar në bazë të studimeve tek fëmijët dhe të rriturit.

- Para dozës së mirëmbajtjes së kortikosteroideve orale e cila është e iniciuar në hapin 6, e konsiderojnë një trajtim 2-javor oral të kortikosteroideve për të konfirmuar kthyeshmërinë klinike të matur nga spirometër dhe mundësinë e një përgjigje efektive ndaj terapisë. Nëse përgjigja është e dobët një shqyrtim i kujdesshëm për kushtet e tjera të mushkërive ose gjendje komorbide duhet të kryhet për tu siguruar se diagnoza primare është astma e rëndë.³⁰

Një përjasje hap pas hapi për Menaxhimin e Astmës në fëmijët 12 vjeç dhe të rriturit

Doza për rinj 12 vjeç dhe të rriturit. Konsideratat e veçanta për këtë grupmoshë përfshin në vijim:

Për të rinjtë:

- Përfshirja e adoleshentëve në zhvillimin e tyre ka shkruar planet e veprimit të astmës dhe shqyrtimin e tyre.
- Inkurajoni nxënësit të marrin një kopje të planit për menaxhimin e astmës në shkollë dhe kampe.
- Inkurajoni adoleshentët të jenë fizikisht aktivë

³⁰Caricati L, Mancini T, Sollami A, Bianconcini M, Guidi C, Prandi C, et al. The role of professional and team commitments in nurse-physician collaboration. J Nurs Manag. 2015 Jul 14.

KAPITULLI III

3.1.Studim mbi pacientët me astmë në Spitalin Rajonal te Gjakovës

Për vazhdimësinë dhe studimin e mëtejshëm të astmës bronkiale në këmi përgatitur një studim mbi sëmundjen e astmës bronkiale tek fëmijët në Spitalin Rajonal të Gjakovës. Studimi ka një shtrirje të gjatë kohore e cila i përket periudhës nga viti 2011 – 2016.

Ky kërkim studion numrin e rasteve të fëmijëve të paraqitur në Spitalin Rajonal të Gjakovës në total dhe të ndarë në bazë të gjinisë, vendit të banimit, gjinisë, të siguruar ose jo, të referuar ose jo dhe në bazë të stinëve të vitit. Kjo llojë përgatitje e studimit bëhet për arsye se duam të nxjerrim rezultatet e trendit që ndjek sëmundja e astmës tek fëmijët në Komunën Gjakovë.

Qëllimi i këtij studimi është të japë një paraqitje të saktë se në çfarë shtate ndodhen aktualisht fëmijët më astmë në Komunën e Gjakovës dhe të studiohet trendi që po ndjek kjo sëmundje si dhe të japë një përshkrim të saktë të shkakëtarëve që nxisin këtë sëmundje dhe shkaktojnë acarime.

Objekti i këtij qëllimi është të japë rekomandimet e duhura për përmisimin e kësaj shtate dhe parandalimin kur është e mundur.

Për zhvillimin e këtij studimi kam përgatitur një pyetsor i cili i është drejtuar Spitalit Rajonal në Gjakovë për të mare te dhënat të përshkruara më sipër, pyetsori ndahet në dy sektorë i cili përfshin 22 pyetje.

Në sektorin 1 kemi të bëjmë me pyetje të përgjithshme si përshembull: Sa fëmijë janë diagnostikuar në Spitalin Rajonal të Gjakovës me astmë gjatë viteteve 2011 – 2016 ?

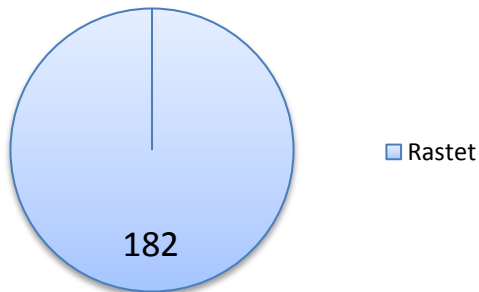
Ndërsa sektori i dytë jep detajet për çdo vit i cili i ndan fëmijët në bazë të vendbanimit, gjinisë dhe stinëve të vitit, kjo na bënë të mundur të kuptojmë trendin që ndjek sëmundja dhe të zbulojmë së cilët janë shkaktarët më të mëdhenj të astmës të cilët mund të jenë vendbanimi ose stinët e vitit të cilat mund të shkaktojnë acarime të mëdha psh në stinën e dimrit është situata më e vështirë pasi i ftohti shkakton acarime të mëdha po ashtu dhe virozat e stinës. Ndër këto mund të përmendim që këta fëmijë mund të bëjnë një jetë të

vëçuar nga shokët e tyre pasi ata nuk mund të marin pjesë në lojëra dhe lodhen shpejt sepse trupi i tyre nuk ka rezistencë. Më poshtë do të shohim rezultatet e studimit të paraqitur në grafikë dhe tabela.

3.2 Rezultatet e Studimit

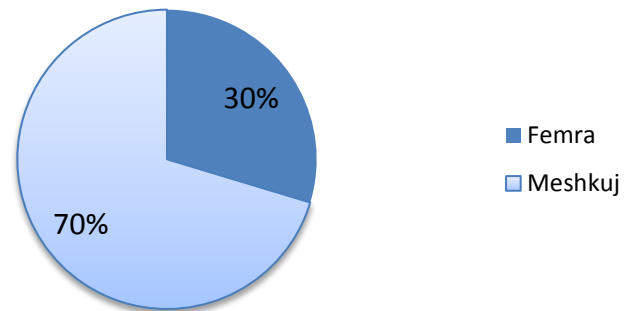
Grafiku 1

Rastet e paraqitur me astme ne Spitalin Rajonal Gjakovë 2011 - 2016



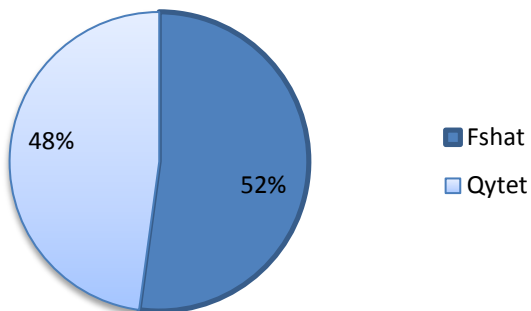
Grafiku 2

Sa prej ketyre femijeve te diagnostikuar me astme jane femra dhe meshkuj?



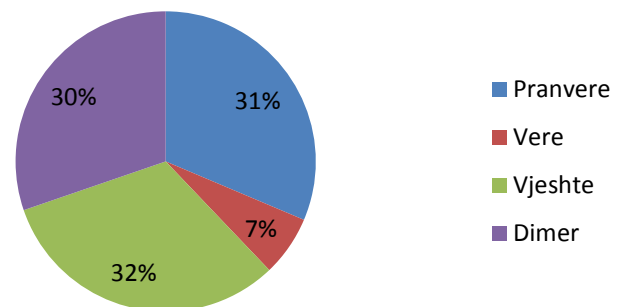
Grafiku 3

Sa prej ketyre femijeve jetonin ne fshat dhe sa prej tyre ne qytet?



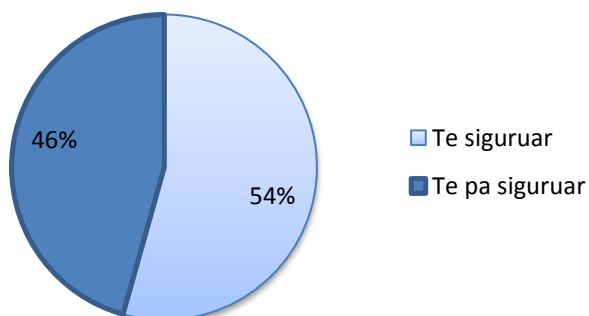
Grafiku 4

Cili ka qene numri I femijeve te diagnostikuar me astme ne spitalin rajonal per cdo stine te vitit?



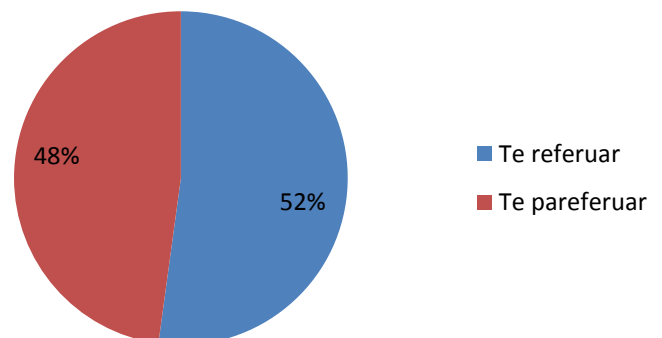
Grafiku 5

Sa prej ketyre femijeve kane qene te siguruar dhe sa jo?



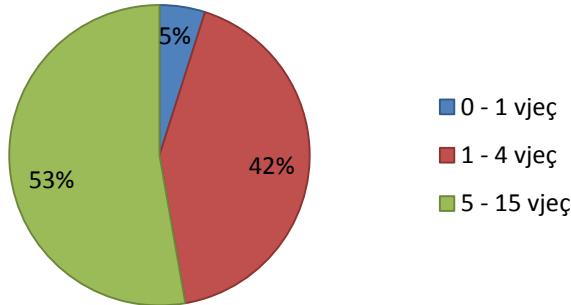
Grafiku 6

Sa prej ketyre femijeve jane te referuar dhe sa te pa referuar?



Grafiku 7

Cila ka qene mosha me prekur e femijeve nga astma?



Rezultatet e Sektori 1

Siç vihet re dhe nga grafikët mund të themi që numri i fëmijëve të diagnostikuar me astmë ka qënë realivisht i madh këto vite (2011 – 2016) numri arrin në 182 fëmijë të diagnostikuar më astmë kjo vjen për shkak se kushtet e jetesës ose trashëgimia prindërore kanë nxitur astmën në trupin e tyre.

Përsa i përket gjinisë, gjinia mashkullore arrin në një numër shumë herë më të madhe 129 fëmijë meshkuj për kundrejt 53 fëmijëve femra. Përsa i përket kësaj shifre nuk janë bërë studime të shumta që të tregojnë përse fëmijët meshkuj janë më të prirur të kenë sëmundjen e astmës në trupin e tyre. Këtu lihet për të dëshiruar dhe organet kompetente duhet të bejnë më shumë përsa i përket studimeve të kryera dhe nxjerrjes

së të dhënave në mënyrë pakësimit e numrit të fëmijeve meshkuj të prekur me astmë duke qënë se është më shumë se dy herë më i lartë në krahasim më fëmijët femra.

Përsa i përket vend banimit, qyteti ka një numër relativisht më të vogët të fëmijëve të diagnostikuar me astmë sesa në fshat kjo ndoshta dhe për arsye se kushtet e jetesës në fshat dhe qytet ndryshojnë.

Në grafikun 4 paraqiten fëmijët të diagnostikuar me astmë për çdo stinë të vitit ky grafik na jep informacione të shumta së në cilën stinë të vitit acarimet ndaj astmës janë shumë më të larta. Sic shikojmë dhe nga grafiku stina e pranverës, vjeshtës dhe dimërit ka numrin më të lartë të të diagnostikuarve me astmë kjo vjen për shkak të ndryshimit të stinëve dhe çeljes së luleve duke bërë që alergjikët e shumtë të ngacmojnë dhe acarojnë të sëmurët me astmë. Sic dihet në dimër i ftohti acaron shumë rrugët e frymëmarrjes dhe bën të mundur ftohjen e fëmijës, infeksionet virale në këtë stinë janë të shumtë dhe për këtë arsye fëmijet duhet të ruhen dhe të jenë të mbrojtur nga kushtet e këqia natyrore. Rekomendimet për këto stinë janë përdorimi i medikamenteve të rekomanduara nga mjeku dhe përdorimi i antialergjikëve për stinet e pranverës dhe vjeshtës.

Në grafikun 5 paraqiten fëmijët që janë ose jo të siguruar nga, fëmijë të siguruar janë paraqitur 99 ndërsa të pasiguruar 83 kjo tregon që pothuajse gjysma e fëmijëve që paraqiten në Spitalin Rajonal janë të pasiguruar dhe për këtë rekomandohet dhe u bëhet një thirrje prindërve nga ana jonë që ti sigurojnë fëmijët e tyre sepse kjo u mbulon shumë shërbime në spital.

Në grafikun 6 janë paraqitur fëmijët e referuar dhe të pareferuar numri i tyre është pothuaj identik me atë të grafikut 5 për fëmijët e siguruar, kjo do të thotë që gjysma e fëmijëve janë të referuar.

Në grafikun 7 studiohet mosha e fëmijëve dhe numri i tyre në bazë të moshës sesa fëmijë janë të prekur me astmë për cdo integral moshe, për moshën nga 0 – 1 vjeç kemi vetëm 9 fëmijë të prekur me astmë, për moshën nga 1 – 4 vjeç kemi 77 fëmijë të prekur nga astma dhe për moshën nga 5 – 15 vjeç kemi 96 fëmijë të prekur me astmë kjo do të thotë që mosha që ka numrin më të madhë të fëmijëve të prekur me astmë është mosha 5 – 15 vjeç.

Sektori 2

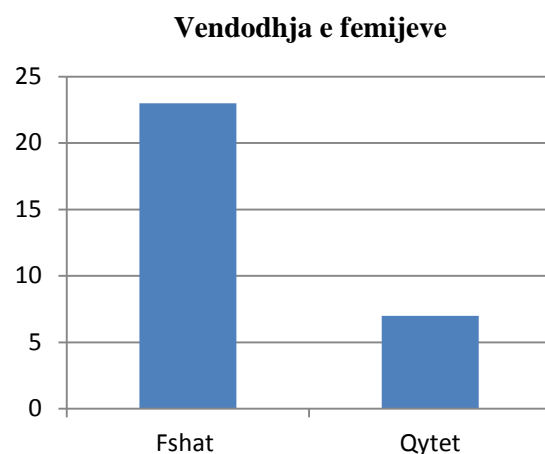
Në sektorin e dytëdo të sydiojmë çdo vit në veçanti kjo bëhet për arsye që të shikojmë çfarë trendi po ndjek sëmundja e astmës tek fëmijët në komunën e Gjakovës.

Viti 2011

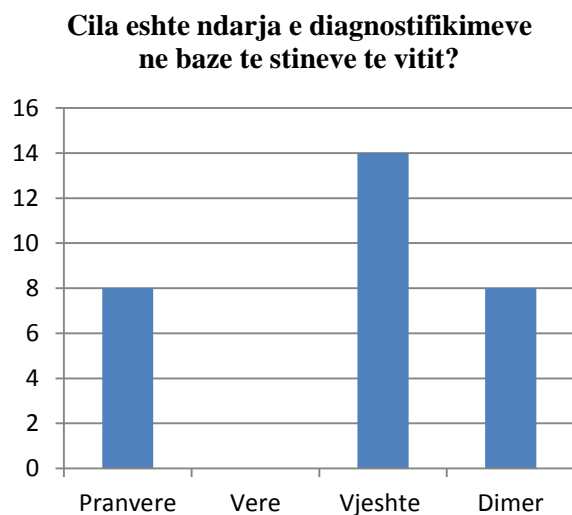
Grafiku 8



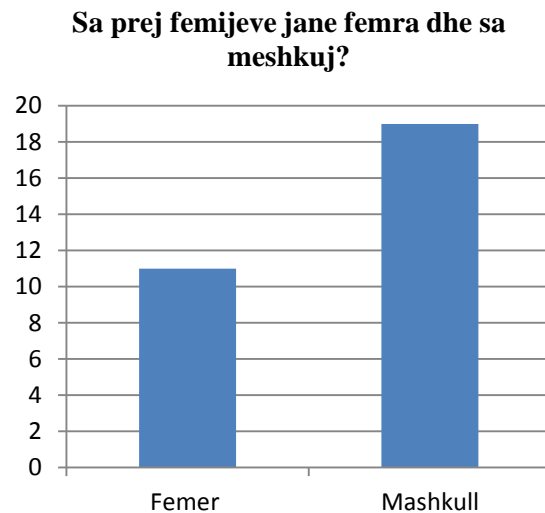
Grafiku 9



Grafiku 10



Grafiku 11



Pra sic shikohet në vitin 2011 fëmijët të diagnostifikuar me astmë janë 30 ndër të cilët

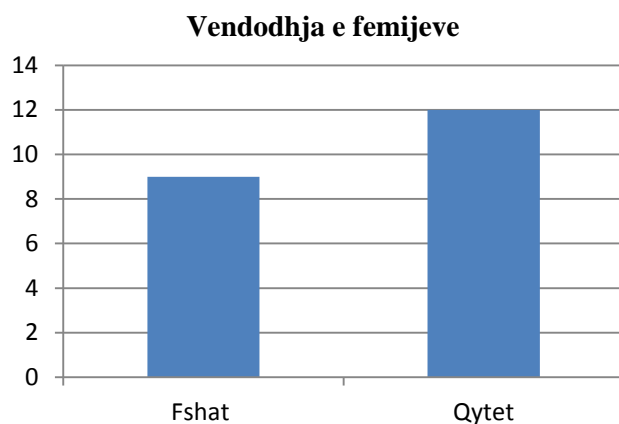
19 meshkuj dhe 11 femra përsëri këtu duket që numri më i lartë i të diagnostikuarve janë fëmijë meshkuj. Në këtë vit kemi të bejmë me 7 raste në qytet dhe 23 në fshat kjo tregon që fëmijët në fshatë janë më të prirur të preken nga sëmundja e astmës se fëmijët në qytet nëse u vëm re stineve do të shikojmë që stina e vjeshtës përmban numrin më të madhë të fëmijëve të diagnostifikuar me astmë në SRGJ.

Vitit 2012

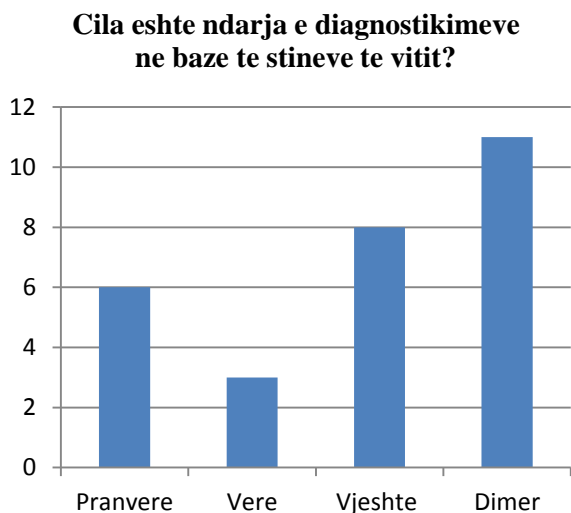
Grafiku 12



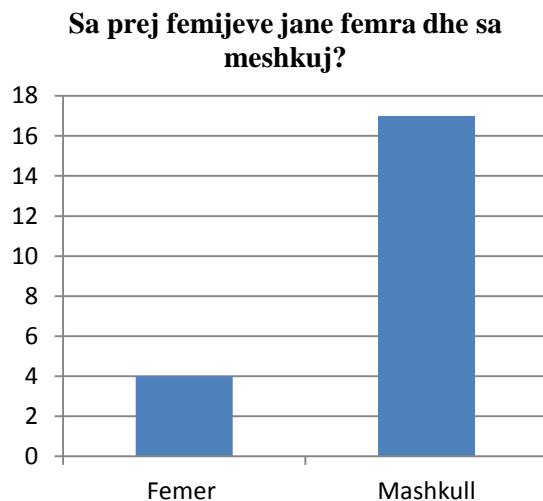
Grafiku 13



Grafiku 14



Grafiku 15

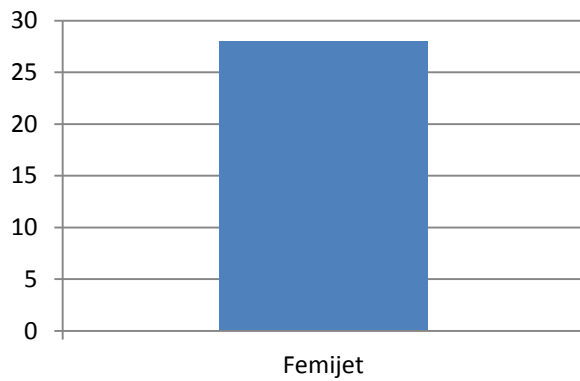


Në vitin 2012 janë diagnostikuar 21 fëmijë me astmë në Spitalin Rajonal të Komunës së Gjakovës përsëri këtu vihet re që pjesa dërrmuese janë meshkuj ku përfshihen 17 raste meshkuj dhe vetëm 4 femra. Periudha e dimrit shënon numrin më të madhë të rasteve me 14 fëmijë. Përsa i përket vend banimit mund të themi që këtë vit ka pasur më shumë raste në qytet ku përfshihen 12 fëmijë në qytet dhe 9 në fshat

Viti 2013

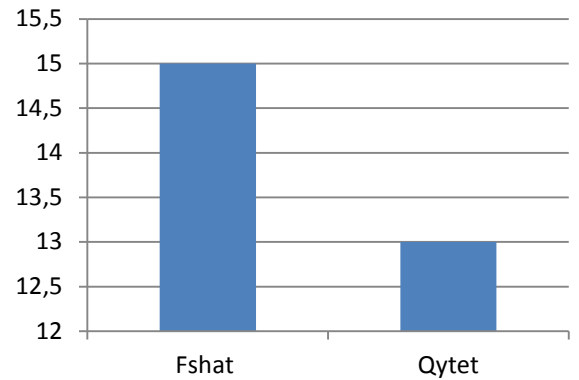
Grafiku 16

Femijet e diagnostikuar me astme ne vitin 2013



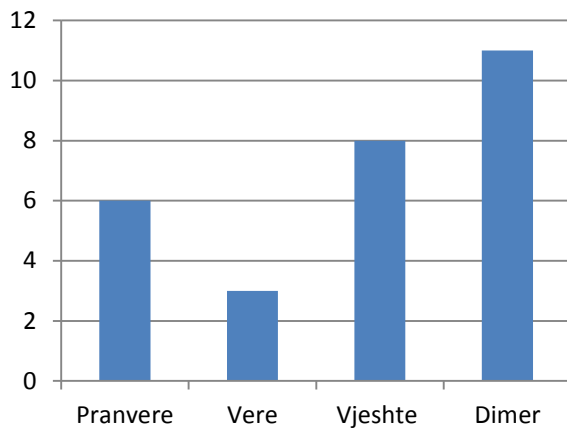
Grafiku 17

Vendodhja e femijeve



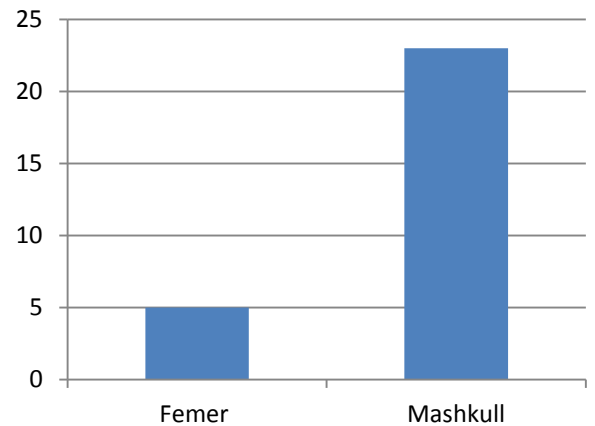
Grafiku 18

Cila eshte ndarja e diagnostikimeve ne baze te stineve te vitit?



Grafiku 19

Sa prej femijeve jane femra dhe sa meshkuj?



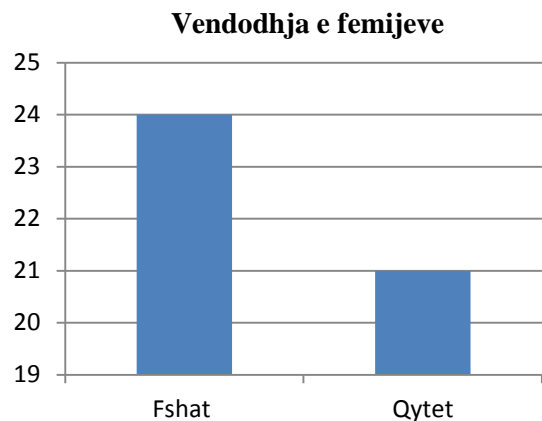
Në vitin 2013 kemi të bëjmë me 28 raste gjithsej ku 13 prej këtyre ishin në qytet dhe 15 në fshat, prej këtyre 23 janë meshkuj dhe 5 janë femra këtu del përsëri në pahë që numri i meshkujve është goxha më i madhë se ai i femrave të diagnostikuara me astmë. Përsa i përket rasteve të ndarë sipas stinëve mund të themi që në pranverë kishte 6 raste, në verë 3 raste në vjeshtë 8 raste dhe në dimër 11.

Viti 2014

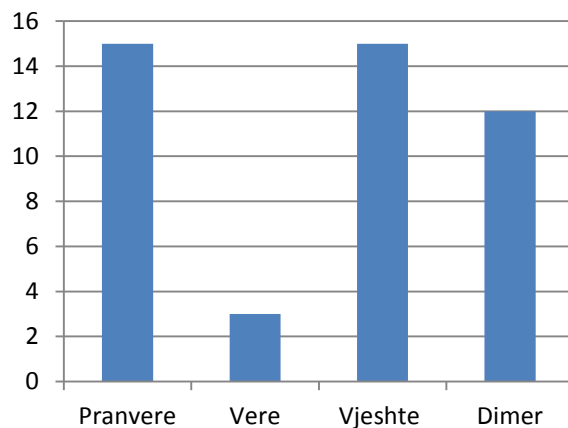
Grafiku 20



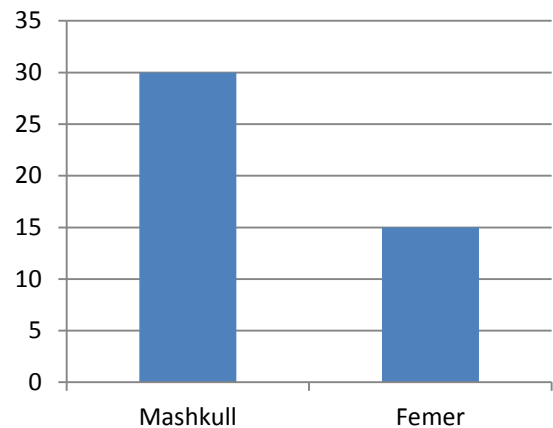
Grafiku 21



Grafiku 23
Cila eshte ndarja e diagnostikimeve ne baze te stineve te vitit?



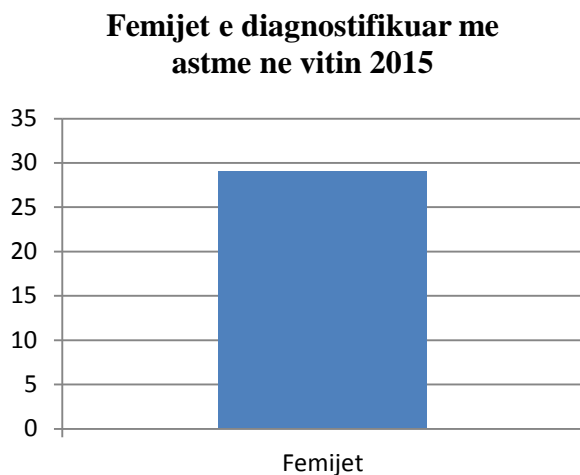
Sa prej femijeve jane femra dhe sa meshkuj?



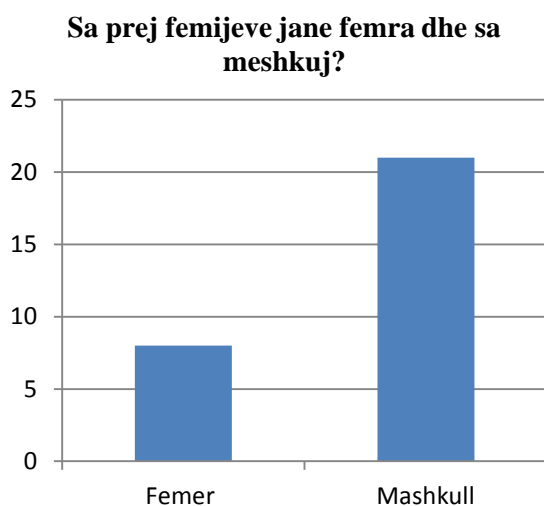
Në vitin 2014 janë paraqitur gjithsej 45 raste në SRGJ të ekzaminuar me astmë ku 21 prej këtyre ishin në qytet dhe 24 ishin në fshat, përta i përket gjinis ishin 30 fëmijë meshkuj dhe 15 femra vihet re përsëri numri dyfish i fëmijëve meshkuj të diagnostikuar me astmë. Në ndarjen sipas stinëve të vitit numri i fëmijëve është ndarë pranverë 15 raste, verë 3 raste, vjeshtë 15 raste, dimër 12 raste. Këtu rekomandojmë për organet kompetente që të shikojnë më mirë përta i përketë situatës të fëmijëve meshkuj sepse numri i tyre është shumë i lartë të bëhen studimet e duhura përta i përket kësaj situatë.

Viti 2015

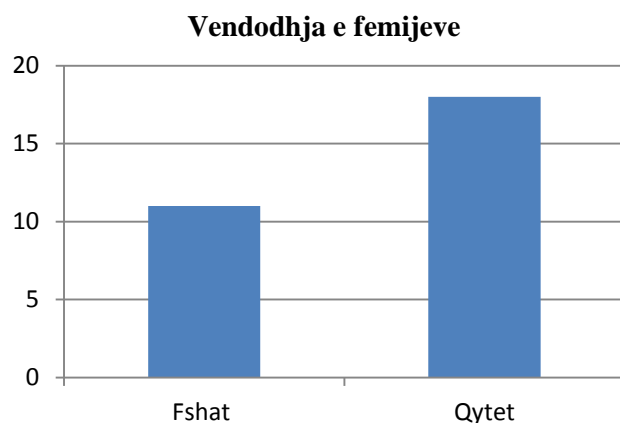
Grafiku 24



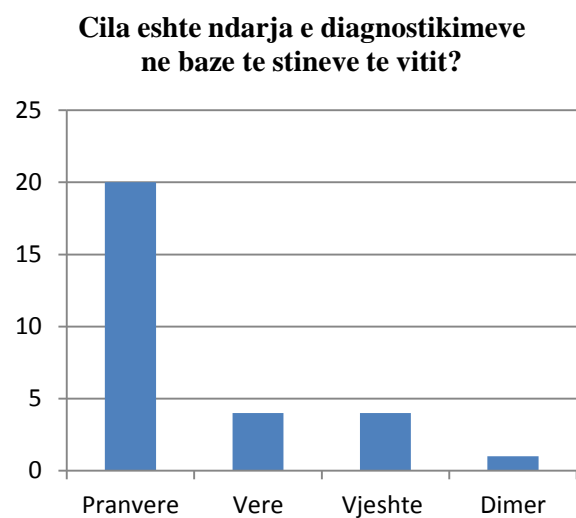
Grafiku 26



Grafiku 25



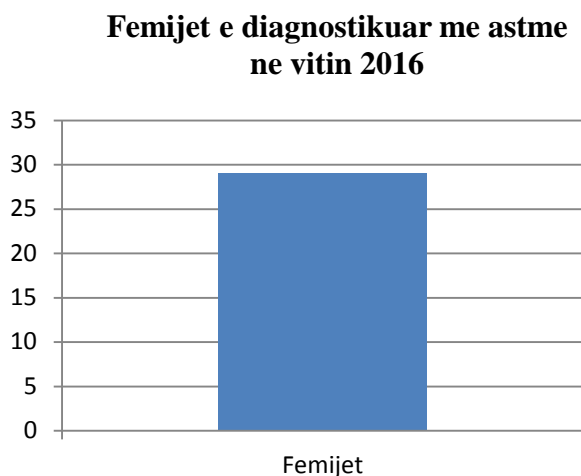
Grafiku 27



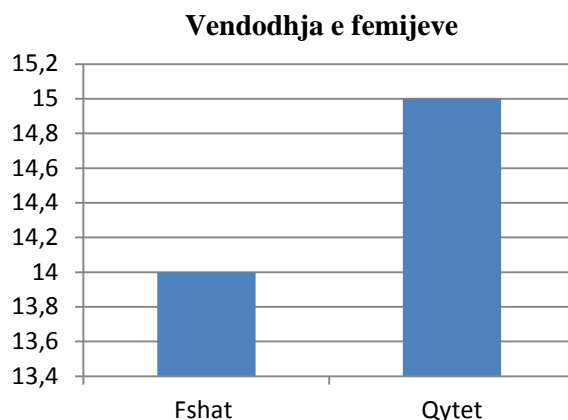
Në vitin 2015 janë paraqitur 29 raste të fëmijëve me astmë në SRGJ ku 21 prej këtyre ishin meshkuj dhe 8 femra, përta i përket vendodhjes 18 raste ishin nga qyteti dhe 11 nga fshati ndërsa përta i përket ndarjes sipas stinëve të vitit mund të themi që në pranver kishte 20 raste, në verë kishte 4 raste, në vjeshtë 4 raste dhe në dimër 1 rastë.

Viti 2016

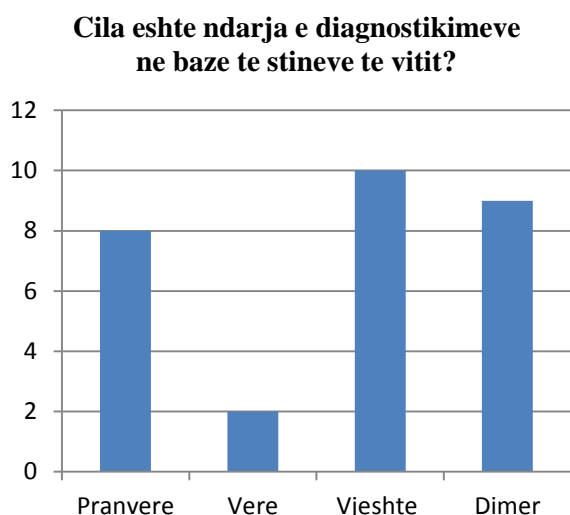
Grafiku 28



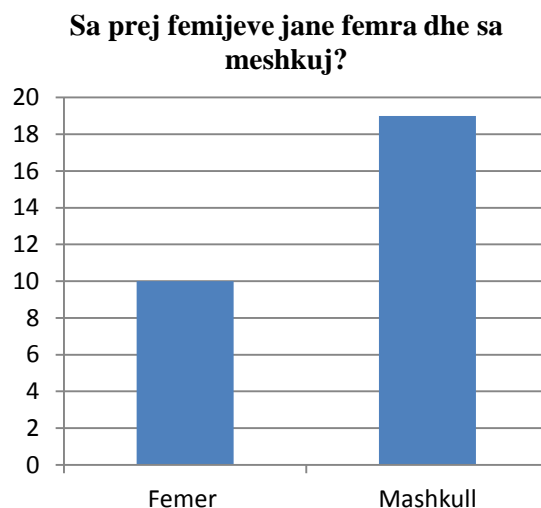
Grafiku 29



Grafiku 30



Grafiku 31



Në vitin 2016 janë paraqitur gjithsej 29 raste të fëmijëve të diagnostikuar me astmë në SRGJ ku 14 prej këtyre ishin në fshat dhe 15 në qytet përse i përket gjinisë 19 ishin meshkuj dhe 10 ishin femra nëse i ndajmë në përse i përket shirjes kohore mund të themi që në pranverë ishin 8 fëmijë, në verë ishin 2 fëmijë, në vjeshtë ishin 10 fëmijë dhe në dimër ishin 9 fëmijë.

3.3.Përfundimi

Nga ky studim mund të nxjerrim përfundime të shumta:

- Përsa i përket fëmijëve të diagnostikuar më astmë në komunën e Gjakovës mund të themi që për një periudhë 5 vjeçare ka pasur gjithsej 182 raste një numër ky relativisht i madh përsa i për fëmijëve të prekur me astmë.
- Kushtet e favorshme për tu zhvilluar kjo sëmundje janë të shumta ndër të cilat mund të përmendim të ftohtin, trashëgimin nga prindërit të cilët kanë qënë dhe ata me astmë, alergjik të ndryshëm të cilët stimulojnë astmën në trupin e fëmijëve.
- Vlen për tu përmendur që këta fëmijë bëjnë një jetë të veçuar nga bashkëmoshatarët e tyre sepse këta fëmijë nuk mund të luajnë shumë sepse trupi i tyre nuk ka rezistencën e duhur është e rekomandueshme që fëmijët me astmë të nxiten që të kryejnë aktivitete fizike si dhe të stërviten vazhdimisht sepse kjo u përmison trupin dhe orgazmin.
- Dikça që bijë shumë në dukje në këtë studim është se numri i fëmijëve meshkuj të prekur nga astma është dyfish më i lartë se ai i femrave kjo tregon që për fëmijët meshkuj duhet të tregohet një kujdës i veçantë dhe të kryhen studime të shumta në mënyrë që të gjendet një zgjidhje e cila do të ulte numrin e fëmijëve meshkuj të prekur nga astma.
- Stina e pranverës, vjeshtës dhe dimrit tregon numrin më të lartë të shënuar të fëmijëve të diagnostikuar me astmë në spital. Këto stinë nxisin ngacmimet në rrugët e frymarrjeve pasi në stinën e pranverës dhe të vjeshtës ndodhen shumë alergjikë të cilët shkaktojnë acarimin të rrugët e frymemarrjes, në dimër përsa i përket të ftohtit ai bën të mund zhvillimin e pneumonive të shumta në trupin e fëmijëve.
- Kështu që si përfundim mund të themi që fëmijët duhen ruajtur shumë në këto stinë dhe duhen të merren medikamentet e sugjeruara nga doktori për këta fëmijë në mënyrë që mos tu shkaktohen acarime nga faktorët natyrorë.

Me poshtë do të shohim një tabelë përmbledhëse për të studim:

Tabela 3.1

	Gjinia		Vendbanimi		Pranvere	Vere	Vjesht	Dimer
	M	F	Fshat	Qytet				
Viti 2011	19	11	23	7	8	-	14	8
Viti 2012	17	4	12	9	-	-	7	14
Viti 2013	23	5	15	13	6	3	8	11
Viti 2014	30	15	24	21	15	3	15	12
Viti 2015	21	8	11	18	20	4	4	1
Viti 2016	19	10	15	14	8	2	10	9
Total	129	53	95	87	57	12	58	55

KONKLUSIONE

Pjesa e ndjeshme e rrugëve ajrore do të reagojë me një përflakje, fryrje, dhe ndoshta ndonjë qelbëzim të lehtë të rrugëve ajrore. Muskujt që rrethojnë rrugët e frymëmarrjes do të jenë të shtrënguar dhe ngushtuar duke shkaktuar një bllokim në rrugët e frymëmarrjes gjë që e bën të vështirë frymëmarrjen për fëmijën. Simptomat bëhen mjaft të dukshme kur fëmijët mund të përjetojnë kollitje, ngushtësi në gjoks dhe rritet norma e zemrës, djersitje, dhe gulçim prandaj për të gjitha këto simptoma duhet konsultuar me mjekun specialist në mënyrë që të merrën medikamentet e duhura për trajtimin e kësaj sëmundje sepse mund të jetë shumë e rëndë për fëmijën tuaj.

Vëmë re nga studimi që numri i fëmijëve meshkuj të prekur nga astma është më shumë se dyfish më i lartë se fëmijëve femra dhe për këtë pjesë duhet të zhvillohen shumë studime të cilat duhet se sbën të nxjerrin rezultate se pse numri i fëmijëve meshkuj është më i lartë dhe se çfarë duhet bërë për ta ulur këtë numër.

Sitnët më të favorshme për zhvillimin e astmës janë stinët e pranverës, vjeshtës dhe dimrit kjo për arsye se në këto stinë ndodhen shumë alergjikë të shumtë të cilët acarojnë rrugët e frymëmarrjes dhe bëjnë të mundur zhvillimin e mëtejshëm të astmës në trupin e fëmijëve.

Siç pamë dhe nga tema studime në dispozicion për të trajtuar astmën tek fëmijët janë shumë të pakët dhe kjo e bën shumë të vështirë për të përcaktuar se çfarë kure duhet të ndjekim për të trajtuar fëmijët në mënyrë që të luftohet astma sepse kjo sëmundje i bën këta fëmijë të ndihen të veçuar nga shoqëria sepse trupi i tyre nuk ka rezistencë të bëjë ato lojra që bëjnë dhë shokët e tyre.

Nurmi i më i madhë i fëmijëve të prekur është reth fëmijëve të moshës 5 – 15 vjeç që domethënë më këtë moshë duhet pasur shumë kujdes dhe duhet vepruar në mënyrën e sugjeruar nga mjeku.

REKOMANDIME

Rekomandojmë që të bëhen më shumë studime përse i përket trajtimit të astmës tek fëmijët dhe tu ofrohen këtyre fëmijëve medikamentet e duhura për trajtimin e kësaj sëmundje.

Rekomandojmë që organet kompetente të zhvillojnë seminare trajnimi për prindërit e fëmijëve në mënyrë që ata të kujdesen më tepër dhe më mirë për fëmijët e tyre ti aktivizojnë në aktivitete fizikë dhe sportive si dhe tu japin dijetën e duhur që duhet të konsumojnë.

Rekomandojmë që ministria e shëndetësisë të bëjë më shumë përse i përketë këtij aspekti të mjekësisë sepse këta fëmijë kur rriten kanë shumë probleme të mëdha në trupin e tyre dhe mund të përfundojnë dhe në shtrat në pamundësi lëvizje sepse u meret fryma.

Rekomandojmë që për familjet që kanë fëmijë të sëmurë me astmë dhe nuk mund ti blejnë medikamentet për trajtimin e duhur të tyre që qeveria tu bëjë një rimbursim të plotë të ilaçeve që ata të trajtohen në mënyrën e duhur.

Rekomandojmë që për stinët pranverë, vjeshtë dhe dimër prindërit të kenë shumë kujdesë më fëmijët sepse janë stinët të cilat shkaktojnë acarimët më të shumta të rrugëve ajrore tek fëmijët për shkak të të ftohtit dhe alergjikëve të ndryshëm që janë me shumicë në këto stinë.

PYTSORET E PUNIMIT

UNIVERSITETI GJAKOVËS
FAKULTETI I MJEKËSISË
PROGRAMI I INFERMIERISË

Sektori 1

1. Sa raste janë paraqitur me astmë në Spitalin Rajonal gjatë periudhës 2011-2016?
➤ _____
2. Sa prej këtyre fëmijëve të diagnostikuar me astmë ishin femra dhe meshkuj?
➤ Femra _____ Meshkuj _____
3. Sa prej këtyre fëmijëve jetonin në fshat dhe sa prej tyre në qytet?
➤ Fshat _____ Qytet _____
4. Cili ka qënë numri i fëmijëve të diagnostikuar me astmë në Spitalin Rajonal për cdo stinë të vitit?
➤ Pranverë _____ Verë _____ Vjeshtë _____ Dimër _____
5. Sa prej këtyre fëmijëve kanë qënë të siguarur dhe jo të siguarur?
➤ Të siguarur _____ Të pasiguarur _____
6. Sa prej këtyre fëmijëve janë të referuar dhe sa janë të pafereuar?
➤ Të referuar _____ Të pafereuar _____
7. Cila ka qënë mosha më e prekur e fëmijëve nga astma
➤ 0 – 1 vjeç _____ 1- 4 vjeç _____ 5 – 14 vjeç _____

Sektori 2

Viti 2011

8. Sa raste të diagnostikuar me astmë në vitin **2011** janë paraqitur në spitlin rajonal dhe sa prej këtyre jetonin në fshat dhe sa në qytet?
➤ Fshat _____ Qytet _____
9. Sa prej këtyre fëmijëve ka qënë femra dhe sa meshkuj?
➤ Femër _____ Meshkuj _____
10. Cila është ndarja e numrit të diagnostikimeve në bazë të stinëve të vitit **2011**?
➤ Pranver _____ Verë _____ Vjeshtë _____ Dimër _____

Viti 2012

11. Sa raste të diagnostikuar me astmë në vitin **2012** janë paraqitur në spitalin rajonal dhe sa prej këtyre jetonin në fshat dhe sa në qytet?
➤ Fshat _____ Qytet _____
12. Sa prej këtyre fëmijëve ka qënë femra dhe sa meshkuj?
➤ Femër _____ Meshkuj _____
13. Cila është ndarja e numrit të diagnostikimeve në bazë të stinëve të vitit **2012**?
➤ Pranver _____ Verë _____ Vjeshtë _____ Dimër _____

Viti 2013

14. Sa raste të diagnostikuara me astmë në vitin **2013** janë paraqitur në spitalin rajonal dhe sa prej këtyre jetonin në fshat dhe sa në qytet?

➤ Fshat _____ Qytet _____

15. Sa prej këtyre fëmijëve ka qënë femra dhe sa meshkuj?

➤ Femër _____ Meshkuj _____

16. Cila është ndarja e numrit të diagnostikimeve në bazë të stinëve të vitit **2013**?

➤ Pranver _____ Verë _____ Vjeshtë _____ Dimër _____

Viti 2014

14. Sa raste të diagnostikuara me astmë në vitin **2014** janë paraqitur në spitalin rajonal dhe sa prej këtyre jetonin në fshat dhe sa në qytet?

➤ Fshat _____ Qytet _____

15. Sa prej këtyre fëmijëve ka qënë femra dhe sa meshkuj?

➤ Femër _____ Meshkuj _____

16. Cila është ndarja e numrit të diagnostikimeve në bazë të stinëve të vitit **2014**?

➤ Pranver _____ Verë _____ Vjeshtë _____ Dimër _____

Viti 2015

17. Sa raste të diagnostikuara me astmë në vitin **2015** janë paraqitur në spitalin rajonal dhe sa prej këtyre jetonin në fshat dhe sa në qytet?

➤ Fshat _____ Qytet _____

18. Sa prej këtyre fëmijëve ka qënë femra dhe sa meshkuj?

➤ Femër _____ Meshkuj _____

19. Cila është ndarja e numrit të diagnostikimeve në bazë të stinëve të vitit **2015**?

➤ Pranver _____ Verë _____ Vjeshtë _____ Dimër _____

Viti 2016

20. Sa raste të diagnostikuara me astmë në vitin **2016** janë paraqitur në spitalin rajonal dhe sa prej këtyre jetonin në fshat dhe sa në qytet?

➤ Fshat _____ Qytet _____

21. Sa prej këtyre fëmijëve ka qënë femra dhe sa meshkuj?

➤ Femër _____ Meshkuj _____

22. Cila është ndarja e numrit të diagnostikimeve në bazë të stinëve të vitit **2016**?

➤ Pranver _____ Verë _____ Vjeshtë _____ Dimër _____

REFERENCA

- [1]Plesca Doina, Hurduc Victoria, Ioan Iulia, Bădărău Anca. Chronic cough in childhood: a clinical and therapeutic approach, Part II, Therapeutics, Pharmacology and clinical Toxicology, (2009), 13(3) 287-294.
- [2]Bartemes K.R., Kita H. Dynamic role of epithelium-derived cytokines in asthma, *Clinical Immunology*, (2012), 143, 222–235.
- [3]Chang Ch. Asthma in Children and Adolescents: A Comprehensive Approach to Diagnosis and Management. *Clinic Rev Allerg Immunol*. (2012), 43:98–137.
- [4]World Health Organization Fact Sheet Fact sheet No 307: “Asthma”, (2011).
- [5]Lewis TC, Robins ThG, Mentz B Graciela et al. Air pollution and respiratory symptoms among children with asthma: Vulnerability by corticosteroid use and reSidence area. *Science of the Total Environment*, (2013), 448: 48–55.
- [6]Holgate ST. A Brief History of Asthma and Its Mechanisms to Modern Concepts of Disease Pathogenesis. *Allergy Asthma Immunol Res.*, (2010), July; 2(3): 165–171.
- [7]Möller W, Felten K, Sommerer K et al. Deposition, retention, and translocation of ultrafine particles from the central airways and lung periphery. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, (2008), 177: 426–32.
- [8]Macintyre EA, Brauer M, et a.,GSTP1 and TNF Gene Variants and Associations between Air Pollution and Incident Childhood Asthma: The Traffic, Asthma and Genetics (TAG) Study., (2014), Jan .
- [9]Kelly FJ, Fussell JC, Air pollution and airway disease, *clinical & Experimental Allergy*, (2011) 41, 1059–1071.
- [10]Rosenlund M, Forastiere F, Porta D, De Sario M, Badaloni C, Perucci CA., Trafficrelated air pollution in relation to respiratory symptoms, allergic senSitization and lung function in schoolchildren.*Thorax*,(2009), 64:573–80.
- [11]O,,ConnorTG, Neas L, Vaughn B, et al. Acute respiratory health effects of air pollution on children with asthma in US inner cities. *J Allergy Clin Immunol*, (2008),121:1133-9.
- [12]Sheehan WJ, Rangsithienchai PA, Wood RA et al. Pest and allergen exposure and abatement in inner-city asthma: a work group report of the American Academy of Allergy, Asthma & Immunology Indoor Allergy/Air Pollution Committee. *J Allergy Clin Immunol*

- [13]Bernstein, J.A., Alexis, N., Bacchus, H., Bernstein, I.L., Fritz, P., Horner, E., Li, N., Mason, S., Nel, A., Oullette, J., Reijula, K., Reponen, T., Seltzer, J., Smith, A. and Tarlo, S.M. (2008), The health effects of non-industrial indoor air pollution, *J. Allergy Clin. Immunol.* 121, 585–591.
- [14]Hulin M., Caillaud D., AnneSi-Maesano I., (2010), Indoor air pollution and childhood asthma: variations between urban and rural areas, *Indoor Air* 20, 502–514.
- [15]GINA_Report_March (2013). Global strategy for asthma management and prevention. NIH publication no. 02-3659 (updated 2012). 2012. National Institutes of Health/National Heart, Lung, and Blood Institute. Available on the GINA webSite www.ginasthma.org.
- [16]Simpson CR, Sheikh A. Trends in the epidemiology of asthma in England: a national study of 333,294 patients. *J R Soc Med.*,(2010) ,103(3):98-106.
- [17]European Environment and Health Information System. Prevalence of asthma and allergies in children. Fact Sheet NO 3.1.May (2007), CODE RPG3-AIR-E1.
- [18] Didă Mariana Rodica, Studiul privind eficiență a tratamentului astmului la copii în relație cu poluanții atmosferici din zone urbane și rurale, “Al Xi lea Congres National de Pediatrie, cu participare internațională, (2013), 25-28 sept, Targu Mures , Romania, eposter.
- [19] GINA Reports (2010), Global Strategy for Asthma Management and Prevention, <http://www.ginasthma.org>.
- [20]Krishnan J., Bender B., Wamboldt F., Szeffler S., Adkinson N. F., Zeiger R., Wise R., Bilderback A., Rand C. Adherence to inhaled corticosteroids: An ancillary study of the Childhood Asthma Management Program clinical trial, *J Allergy Clin Immunol*, (2012), 129,112-8.
- [21]Didă Mariana Rodica, Maria Zoran, Long-term exposure to outdoor urban air pollution with particulate matter for prevalence of asthma symptoms, *Proceeding Balkan Physical Union 8 Conference*, (2012), 5-7 iulie ,Constanta, Romania, ExPonto Press, 2012, ed. V.Ciupina și I.M.Stanescu, ISBN978-606-598-181-2, p.149.
- [22]Maria Zoran, Mariana Rodica Didă, Alexandra Teodora Zoran , Liviu Florin Zoran, Adrian Didă, Outdoor 222Radon concentrations monitoring in relation with particulate matter levels and possible health effects, *ISI Journal of Radioanalytical and Nuclear Chemistry*, (2013), 296(3), 1179-1192.
- [23]Maria Zoran, Mariana Rodica Didă, Roxana Savastru, Dan Savastru, Adrian Dida, Ovidiu Ionescu, Ground level ozone (O₃) associated with radon (222Rn) and

particulate matter (PM) concentrations in Bucharest metropolitan area and adverse health effects, *ISI Journal of Radioanalytical and Nuclear Chemistry*, (2014), 300, 729-746.

[24]Didă MR, M. A. Zoran Satellite and in-Situ monitoring of urban air pollution in relation with children" s asthma", *ISI Proc SPIE Proceedings Vol. 8893, Earth Resources and Environmental Remote Sensing/GIS Applications IV*, Ulrich Michel; Daniel L. Civco; Karsten Schulz,DOI: 10.1117/12.2028737, (2013), November.

[25] Didă Mariana Rodica, Maria Zoran, Climate change and extreme heat events in urban areas in relation with Health", *Book of Abstracts -13th International Balkan Workshop on Applied Physics Constanța, Romania, July 4-6, (2013)*, 157.

Biografi e shkurter e kandidatit – CV (Curriculum Vitae)

Informatat personale :	
Emri dhe Mbiemri	Leutrim Islamaj
Datelindja	25.05.1996
Gjinia	Mashkull
Nr. Personal	1235300458
Te dhënat kontaktuese:	
Tel:	044/ 656-732
Adresa	Fsh. Dujak K- Gjakovë
Emaili	leotrim_islamaj@hotmail.com
Te dhënat e kualifikimit	
Shkolla e mesme e larte	Shkolla e Mesme e Mjekesise “ Hysni Zajmi” Gjakovë Dega: Mjekësi e Pergjithshme
Universiteti	“Fehmi Agani” Gjakove
Fakuklteti	Fakulteti Mjekesisë
Programi	Infiermieri
Statusi	I rregullt
Nr. ID	140306106