

UNIVERSITETI I GJAKOVËS

“FEHMI AGANI”

Fakulteti Mjekësisë - Gjakovë

Programi: Mami



PUNIM DIPLOME

MBROJTJA SHËNDETËSORE E SHTATZËNAVE

Mentori:

Prof. Asist. Dr. Haxhi Kamberi

Kandidatja:

Ornela Hajdaraj

GJAKOVË, 2018

DEKLARATA E KANDIDATES

Unë Ornela Hajdaraj, deklaroj se kjo temë e Diplomës, “**MBROJTJA SHËNDETËSORE E SHTATZËNAVE**”, e llojit të studimit: është punim i im origjinal. E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

I gjithë punimi është punua dhe përgatit duke respektuar dhe mbështetur në këshillat dhe rregulloren për përgatitjen e temës së diplomës të përcaktuara nga ana e Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

FALËNDERIMET

Falënderim të posaçëm i shpreh udhëheqësit të këtij punimi:

Prof. Dr. Asist. Haxhi Kamberi, Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë, i cili me korrektësi maksimale, në çdo kohë ka qenë i gatshëm për të më dhënë këshilla, sugjerime dhe mendime për realizimin dhe përfundimin e këtij punimi.

U jam mirënjohjes të gjithëve, që në çfarëdo mënyre kontribuuan në kryerjen dhe përfundimin e këtij punimi,

- Profesorëve, asistenteve, stafit udhëheqës dhe gjithë personelit të Universitetit “Fehmi Agani”, të cilët në mënyrën më të mirë të mundshme u munduan që dijen e tyre ta transmetojnë edhe tek ne studentët.

- Në fund, por jo edhe në vendin e fundit, falënderoj familjen time, të cilët më mbështetën drejt rrugëtimit tim në përfundimin e këtij synimi.

- Pa ndihmën dhe përkrahjen e tyre, nuk do të mund të realizoja synimet e mija, për çka për jetë u jam mirënjohëse dhe falënderuese.

Përmbajtja

ABSTRAKT	5
Qëllimi dhe objektivat	6
Metodologjia	6
HYRJE	7
Historiku i mbrojtjes shëndetësor	7
1. SHTATËZANIA	8
2. SHTATËZANIA E KONTROLLUAR-ME KONSULENCË	10
3. KUJDESI INFERMIEROR NDAJ PACIENTEVE SHTATZËNA	30
Roli infermieror	34
Administrimi i shërbimeve infermierore	34
Menaxhimi	34
Standardet profesionale infermierore	35
Procesi infermieror	35
4. KONKLUZIONE	36
5. PËRFUNDIM	37
6. REKOMANDIME	40
7. REZYME	41
8. RESUME	42
Biografi e kandidatës – CV (Curriculum Vitae)	43
9. LITERATURA	44

ABSTRAKT

Shtatëzania është një periudhë shumë e rëndësishme në jetën e një gruaje. Gjatë kësaj faze gruaja kërkon një vëmendje dhe përkushtim të veçantë. Lidhur me këtë, ndërgjegjësimi ka ardhur duke u rritur çdo ditë edhe më shumë në familjet e reja dhe në shoqërinë Shqiptare. Vendimi për të sjellë në jetë një fëmijë është ndër më të rëndësishmit për njeriun dhe për çiftet në përgjithësi.

Që të kemi fëmijë të shëndoshë ne duhet të kemi një trup të shëndoshë, që foshnjës që rritet brenda nesh, t'i ofrojmë kushte të mira për zhvillim.

Gjatë 9 (nëntë) muajve të shtatëzanisë ju dhe trupi juaj do të kalojë në disa faza dhe ndryshime. Shtatëzania është një ngjarje normale në jetën tuaj, prandaj ajo mund të kalojë shumë mirë nese ju kujdeseni për veten tuaj duke ju nënshtruar kontrolleve të rregullta tek mjeku apo mamia.

Punimi i temës së diplomës: “**MBROJTJA SHËNDETËSORE E SHTATZËNAVE**”, u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë. Punimi përmban: 54 faqe dhe 5 figura

Qëllimi dhe objektivat

Qëllimi dhe objektivat e këtij punimi janë, zgjerimi i njohurive për shtatëzënin, ndryshimet të cilat ndodhin në organizmin e shtatëzënave dhe mbrojtjen shëndetësore të tyre. Gjithashtu, dëshirojmë të ndikojmë në vetëdijësimin e nënave dhe personelit shëndetësor për rëndësinë e mbrojtjes shëndetësore të shtatëzënave.

Metodologjia

Metodologjia e përdorur për realizimin e këtij punimi është rishikimi i literaturës. Për punimin e temës është shfrytëzuar literaturë nga biblioteka e fakultetit të mjekësisë në Gjakovë, si dhe literaturë nga libra të ndryshme me referenca kombëtare dhe ndërkombëtare dhe interneti.

HYRJE

Historiku i mbrojtjes shëndetësor

Termi “Mbrojtje e Shëndetit” është shfaqur në vitin 1945 nga Henry E. Sigerist, historiani i madh mjekësor, i cili ka përcaktuar katër detyrat kryesore të mjekësisë:

- Mbrojtje e shëndetit;
- Parandalimin e sëmundjes;
- Trajtimin e të sëmurëve;
- Rehabilitimin.

Deklarata e tij thoshte se shëndeti është promovuar duke siguruar një standard të denjë jetese, kushte të mira të punës, arsimim, kulturë, pushim dhe rekreacion, po ashtu nga ndikimi i edukatorëve dhe mjekëve. Ai gjeti reflektime 40 vjet më vonë në Kartën e Otavës për Mbrojtjen e shëndetit. Që në fillim, duhet përmendur se literatura lidhur me konceptet dhe praktikatat e promovimit shëndetësor në këto njëzet vitet e fundit është shumë - kuptimësie dhe nganjëherë e pa qartë lidhur me përkufizimin, parimet dhe praktikatat në këtë fushë.¹

Në vitin 1985, Tones e përkufizoi promovimin shëndetësor si: “Çfarëdo aktiviteti apo veprimtarie që synon garantimin e shëndetit”. Tre vjet më parë (1982), në fakt, Dennis e kishte përkufizuar Mbrojtje shëndetësore në mënyrë pak a shumë të ngjashme, duke nënvizuar se: “Mbrojtja shëndetësore mbulon të gjitha aspektet e aktiviteteve dhe programeve që synojnë përmirësimin e gjendjes shëndetësore të individëve dhe komunitetit në tërësi”. Mbrojtje e shëndetit është proces i fuqizimit të njerëzve për të rritur kontrollin mbi shëndetin e tyre dhe të përcaktuesve të shëndetit përmes përpjekjes për edukim. Mbrojtje e shëndetit fokusohet në nevojën e gjithë popullsisë, e cila mund të ndahet në katër grupe:

- Popullsia e shëndetshme;
- Popullsia me faktorët e rrezikut;
- Popullsia me simptoma;
- Popullsia me sëmundje apo ç'rregullime

¹ Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. J Public Health Policy.1992;13:267–76. [PubMed] : <https://ëëë.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3326808/>

1. SHTATËZANIA

Shtatëzënia (në mjekësi përdoret edhe shprehja graviditet nga lat. graviditas), është periudha kohore, gjatë së cilës në trupin e femrës një qelizë vezore e fekunduar zhvillohet deri në një foshnje. Tek njerëzit shtatëzënia zgjat afro 40 javë duke llogaritur prej kohës së ciklit të fundit menstrual dhe lindjes (38 javë që nga fertilizacioni).

Shtatëzania zgjatë 9 muaj kalendarik ose 10 muaj lunar, ose afërsisht 40 javë. Barra është e ndarë në tre periudha, tremujore, ose trimestre. Trimestri i I – rë shtrihet nga java e I- rë deri tek java e 13-të, tremestri II – të shtrihet prej javës së 14-të deri në javën e 26-të dhe tremestri i III-të nga java e 27-të deri në term (38 – 40 javë). Kujdesi prenatal gjatë çdo trimestri përfshinë aspektet të ndryshme të kujdesit.

Vizita e parë prenatale duhet të kryhet para fekondimit, për t'i lejuar mjekut të indentifikojë sëmundje të mundshme; të këshillojë pacienten të bëjë kujdes mbi përdorimin e duhanit, drogat e ndryshme, alkoolin dhe substanca të tjera; të verifikojë gjendjen klinike të pacientes. Duhet të shpjegohen masat higjienike si një dietë e saktë, ushtrimet fizike dhe intervali nga një shtatëzani në një tjetër dhe nëse është e nevojshme pacientja duhet të drejtohet në strukturat e duhura të specializuara.

Vizita e parë duhet të përfshijë një vizitë të plotë, duke përfshirë matjen e peshës, gjatësisë dhe presionit arterioz; prekje e qafës dhe tiroides; dëgjimi i zemrës dhe i mushkërive; ekzaminimi i gjoksit, i barkut dhe gjymtyrëve; një analizë e fundit të syrit. Duhet të shoqërohet më pas nga një analizë e plotë e pelvit. Vizita bimanuale e rektumit dhe vaginës verifikon dimensionet dhe formën e mitrës dhe gjendjen normale të anekseve.

Analizat e laboratorit duhet të përfshijnë një hemokrom (rruazat e kuqe, hemoglobina, rruazat e bardha, trombocitet, dimensionet e rruazave), analizat e funksionalitetit hepatic dhe renal, një test për virusin e hepatitit B, një analizë bakteriologjike për gonorrenë dhe klamidian, tipizimin e grupit të gjakut dhe faktorit Rh dhe një screening për antitruapat, nivelin e antitruapave kundër rozolisë, një analizë e plotë e urinës, një analizë bakteriologjike e urinës dhe një test të Papanicolaou të cerviksit (qafës së mitrës). Gratë me ngjyrë duhet të analizohen për aneminë mesdhetare si dhe për forma heterozigote sëmundjesh gjenetike.

Ekografia është metodika më e përdorur në obstetrikë. Shumë obstetrikë mendojnë që, në çdo shtatëzani, duhet të kryhet të paktën një ekzaminim ekografik, për t'u siguruar që ecuria

është e duhur. Mitra e mbushur me lëng lehtëson shikimin ekografik të fetusit dhe të placentës dhe profili i rumbullakosur i abdomenit e bën skanimin më të mirë. Para analizës, sidomos në fazën e parë të shtatëzarisë, pacientja duhet të pijë ujë sepse fshikëza e mbushur shtyn mitren jashtë pelvit dhe lejon shikimin e saj.

Shtatëzania mund të vihet re që nga java 4-5 dhe zhvillimi fetal mund të ndiqet deri në lindje. Ekografia e ekzekutuar në rrugë transvaginale eliminon nevojën e një fshikëze të mbushur dhe dallon kavitetin e fëmijës më parë se ekografia e abdomenit.

Ekografia është përdorur për datimin e një shtatëzanie nëse data e lindjes është e dyshimtë për shkak të menstruacioneve të ç'rregullta ose një mungesë të një anamneze menstruale. Përkufizimi i moshës gjestacionale është i saktë brenda javës së 12. Ky datim ka një ndryshim me ± 4 ditë në javën e 8 dhe ± 10 ditë në javën e 13. Më vonë gjatë shtatëzarisë, por para javës së 32, vëzhgimet ekografike të vazhdueshme me matjen e diametrit biparietal të kokës së fetusit mund të ndihmojnë të konfirmohet datimi.

Pas javës së 32, stima e ekografisë ka një diferencë ± 3 javë. Nëse mitra nuk rritet normalisht, mund të përdoret ekografia për të vlerësuar rritjen fetale që prej javës së 18, por rezultatet janë më të sakta nga java e 28 deri në javën e 32.

2. SHTATËZANIA E KONTROLLUAR-ME KONSULENCË

Tensioni i gjakut – ky kontroll bëhet në çdo vizitë. Nivele të larta mund të flasin për preeklampsi. Tensioni mesatar i gjakut gjatë shtatëzanisë është rreth 120/70.



Ekzaminimi jashtëm – në çdo kontroll, mjeku i juaj do të palpojë lehtë në barkun tuaj për të kontrolluar madhësinë dhe pozicionet e fetuesit.

Ç'është kontrolli i paralindjes? - Kontrolli i kujdesshëm para lindjes ju ndihmon të ruani shëndetin gjatë shtatëzanisë, zbulon në kohë dhe bën të mundur trajtimin e patologjive dhe krijon kushtet për lindjen e një fëmije të shëndetshëm dhe në kohën e duhur. Kjo bën të mundur gjithashtu dërgimin tuaj në qendra më të specializuara, në rast se keni probleme. Shtatëzania është një ngjarje fiziologjike, e natyrshme në jetën tuaj, por në 5-20% të rasteve mund të ndërlikohet me procese patologjike, të cilat rrezikojnë shëndetin tuaj apo të fëmijës.

Analizat e gjakut – zakonisht mund të konfirmojnë shtatëzaninë përpara analizës së urinës. Sapo të dyshoni se keni mbetur shtatëzënë, mund të kërkontë kryerjen e analizës së gjakut në laborator. Ky i fundit ju merr një mostër nga gjaku, jo vetëm për të konfirmuar a jeni shtatëzënë apo jo, por mbartni virusin e hepatitit B dhe nëse jeni Rezus pozitive ose negativë. Kjo e fundit është e rëndësishme sepse nëse foshnja juaj është Rezus pozitive dhe ju jeni Rezus negativë, te ju mund të formohet antitropa ndaj rruazave të kuqe të gjakut të foshnjës suaj të cilat do të kenë pasoja serioze për foshnjën tjetër me Rezus pozitiv. Për fat të mirë si për nënën edhe për foshnjën ekziston një mjekim i efektshëm. Analizat e gjakut mund të përdoren edhe për të kontrolluar nivelet alfa-proteinike, të cilat mund të tregojnë rrezikun nga disa komplikacione të shtatëzanisë.

Analizat e urinës – në analizën tuaj të parë dhe në çdo analizë të mëpasshme do t'ju merret një mostër urine që do të dërgohet në laborator për të analizuar proteinën, çka do të thotë nëse keni ndonjë infeksion ose çka është akoma më serioze, preeklampsi. Urina do të analizohet edhe për praninë e glukozes e cila mund të tregojë diabet shtatëzanie që është një diabet unikal për shtatëzanimë gjatë së cilës trupi është i paaftë të prodhojë sasinë e duhur të insulinës për të përballuar nivelet e rritura të sheqerit në gjak. Normalisht rezultatet e analizave të urines dalin shpejt.

Gjatësia dhe pesha – mjeku mund t'ju matë edhe gjatësinë. Raporti i gjatësisë me peshën njihësohet edhe përdoret për të vlerësuar nëse jeni mbi peshë apo nën peshë. Përgjithësisht, mjeku ju peshon por kjo bëhet e domosdoshme nëse keni qenë mbi peshë ose nënpeshë para fillimit të shtatëzanimë ose nëse vë re se gjatë shtatëzanimë nuk po shtoni në peshë me ritmin e duhur.

Parandalimi – doza të ulëta aspirine ose kalciumi, vitamine C, E dhe acid folik mund të ndihmojnë në parandalimin e preeklampsisë te gratë që janë në rrezik.

Analizat e zakonshme – gjatë gjithë shtatëzanimë mjeku do t'ju bëjë një numër të papërcaktuar analizash gjatë vizitave. Këto përfshijnë matjen e tensionit të gjakut, kontrollin për ënjtje në duar e këmbë, matjen e gjatësisë fundore (një mënyrë për të kontrolluar madhësinë e fetusit duke matur madhësinë e mitres) dhe ekzaminime të tjera të jashtme të barkut.

Pas javës së 17-të do të monitorohen edhe rrahjet e zemrës së foshnjës, ndonëse ndodh që mund të dëgjohen edhe më herët. Në varësi të mbarëvajtjes shëndetësore, mund të bëhen edhe analiza të tjera.



Ekzaminimet e brendshme – në vizitën tuaj të parë mund t’ju bëhet një ekzaminim i brendshëm për të kontrolluar shëndetin e qafës së mitres dhe për të parë nëse hapësira juaj pelvike (e legenit) është e përshtatshme për lindje vaginale. Gjatë këtij ekzaminimi edhe pse është pak i mundimshëm nuk ndjehet dhimbje. Shumë ekzaminime të mëtejshme do të kryhen gjatë muajve në vazhdim.

Simptoma dhe diagnoza – simptoma e parë e preeklampsisë përfshijnë ç’rregullime të pamjes, dhimbje koke, dhimbje në pjesën e sipërme të barkut, të vjella dhe ënjte. Megjithatë, edhe kur lind fillimisht ky problem shumica e grave nuk ankohen për ndonjë simptomë kështu që diagnoza varet nga vigjilenca e mjekut.

Prandaj preeklampsia diagnostifikohet më shpesh kur shfaqen shenjat klasike të saj, si: tension i lartë i gjakut, nivele të larta të proteinave në urinë (proteinuria) dhe ënjtet. Preeklampsia është një shqetësim shëndetësor enigmatik, që shfaqet në mënyra të ndryshme, prandaj s’është gjithnjë e lehtë për t’u zbuluar. Analizat e gjakut janë të dobishme për diagnostifikim.



Preeklampsia dhe eklampsia - Pre-eklampsia dhe eklampsia janë komplikimet më të rrezikshme që mund të shihen gjatë shtatzënisë. Është një sindromë që karakterizohet me rritjen e tensionit gjatë shtatzënisë dhe humbjen e proteinave në veshka. Nëse në pre-eklampsi identifikohen proteinat në urinë dhe kriza eklamptike të rritjes së tensionit së bashku me krizat e alivanosjes atëherë kjo emërtohet si eklampsi. Eklampsia gjithashtu është një gjendje që përbën rrezik për jetën. Shfaqet zakonisht pas javës 20 të shtatzënisë. Nëse shfaqet para javës së 32-të të shtatzënisë, përbën një shkallë të lartë të morbiditetit si për nënën ashtu edhe për frytin. Fatkeqësisht lindja e parakohshme është terapia e vetme për pre-eklampsinë dhe eklampsinë. Që nga koha e përfundimit të shtatzënisë përkatësisht që nga lehonja nëna fillon t'i rikthehet jetës normale të saj pra fillon t'i bie tensioni dhe të ulet sasia e proteinave në urinë. Në rastet kur situata nuk merret nën kontroll me seriozitet, atëherë ka mundësi shumë të larta që të shoqërohet edhe me nevojën për kujdes intensiv, lindje të parakohshme apo komplikime tek nëna ose fetusit që shoqërohen me lindje cezariene. Matja e tensionit gjatë shtatzënisë dhe veçanërisht rritja e sasisë së proteinave në urinë pasi që janë marrë analizat pozitive do të jenë treguesit kryesor për ju dhe mjekun tuaj.

Triada klasike e preeklampsisë përfshinë hipertensionin, proteinurinë (prania e proteinave në urinë) dhe edemen. Gjithsesi ekziston marrëveshje universale se edema nuk duhet të konsiderohet si pjesë e diagnozës së preeklampsisë. Në mungesë të proteinurisë, sindroma e preeklampsisë duhet të merret në konsideratë kur hipertensioni i shtatzënisë është i pranishëm në lidhje me simptomat cerebrale të vazhdueshme, dhimbje epigastrike ose në kuadrantin e sipërm të djathtë të barkut, të përziera dhe të vjella, kufizim i rritjes së fetusit ose rezultate jo normale të analizave laboratorike, si: trombocitopenia dhe rritja e nivelit të enzimave të mëlçisë.

Ankimet në bark – gjatë shtatëzënisë nivelet e hormoneve janë përherë në ndryshim dhe foshnja është përherë në rritje. Këto dukuri zakonisht ndikojnë si në paraqitjen tuaj të jashtme ashtu edhe në ndjesit tuaja që nganjëherë mund të jenë të papritura.

Sëmundja e faktorit Rezus – të gjithë njerëzit lindin me një tip gjaku të caktuar (A, B, AB, O) dhe me faktorin Rezus (Rh pozitiv ose Rh negativ). Në qoftë se jeni R negativ dhe foshnja e juaj pozitiv, bëheni të ndjeshme ndaj faktorit Rezus në gjakun e foshnjës dhe në këtë rast do të prodhoni antitropa ndaj rruazave të kuqe të gjakut të saj. Në qoftëse kjo është shtatëzania juaj e parë, ky fakt zakonisht nuk përbën problem.

Parandalimi – falë përdorimit të injeksioneve Anti-D, një produkt gjaku, të gratë Rh negativ që janë në rrezik nga sëmundja Rezus, sëmundja e faktorit Rezus është bërë shumë e rrallë. Injeksionet Anti-D e pengojnë sëmundjen Rezus duke shkatërruar çdo qelizë të fetusit që hyn në qarkullimin e gjakut të nënës përpara se organizmi i saj të ketë mundësi të prodhojë antitropa.

Tipi II, ose diabeti i sheqerit jo i varur nga insulina. Kjo sëmundje shkaktohet kur trupi bëhet rezistent ndaj insulines dhe nuk arrin të përdorë me efektivitet. Simptomat më të zakonshme janë urinimi i shpeshtë, ëntje e madhe për ujë dhe tharje e gojës.

Diabeti dhe shtatëzania – Normalisht, pankreasi prodhon një hormon që quhet insulinë, e cila lejon që qelizat të kthejnë glukozën (sheqerin) në energji të përdorshme. Gjatë shtatëzënisë, meqenëse niveli i hormoneve e bën organizmin e njeriut më rezistent ndaj insulinës, trupi kërkon të prodhojë më shumë insulinë me qëllim që ta mbajë sheqerin në gjak nën kontroll. Diabeti në shtatëzëni fillon kur trupi nuk është në gjendje të prodhojë dhe të përdorë insulinën që i duhet për të përballuar nevojat më të rritura gjatë shtatëzënisë. Pa insulinë të mjaftueshme, glukozja nuk mund të largohet nga gjaku dhe të kthehet në energji. Kjo do të sjellë si pasojë rritjen e nivelit të glukozës në gjak. Diabeti në shtatëzëni është i përkohshëm, zakonisht mbas lindjes nivelet e sheqerit në gjak kthehen në normë, por ka një risk më të shtuar për të përsëritur diabetin gestacional në shtatëzënitë pasardhëse ose diabetin mellitus më tej gjatë jetës.

Diabeti gestacional është ndërlikim i shtatëzënisë, i cili ka tendencë që të jetë më prevalent te nënat obese dhe ato me moshë më të madhe. Prezenca e diabetit në shtatëzëni jo vetëm që e rrit riskun për ndërlikime amtare si gjakëderdhjet postpartale për shkak të fryteve makrosom

dhe fetale gjatë shtatzënisë por rrit ndjeshëm gjithashtu riskun për shfaqjen e diabetit mellitus të tipit 2 dhe sëmundjeve kardiovaskulare pas lindjes. Madje edhe gratë me formë të mesme të ç'rregullimeve të metabolizmit të glukozës gjatë shtatzënisë janë me risk të rritur për ndërlikime. Faktorët që rrisin riskun për zhvillimin e sëmundjeve kardiovaskulare te gratë me histori të diabetit sheqeror në shtatzani, përfshijnë progredimin në diabet sheqeror pas lindjes, sindromën metabolike, obezitetin, hipertensionin, dhe nivelet e ndryshuara të markuesave inflamatorë në qarkullim si, adiponektinën, proteinen C reactive, dhe faktorin α të nekrozës tumorale.

Fatmirësisht, në fakt të gjitha rreziqet potenciale që janë si rezultat i diabetit në shtatzëni, mund të eliminohen përmes kontrollit të rreptë të niveleve të sheqerit në gjak, të cilat mund të arrihen nëpërmjet mjekimit të mirë dhe kujdesit ndaj vetës. Përdorimi i Metforminës si terapi për të prevenuar progredimin në diabet sheqeror të tipit 2 mund të jetë provë për prevenimin primar të sëmundjeve kardiovaskulare te gratë me diabet sheqeror në shtatzani.

Rreziku për nënën dhe foshnjën - Diagnoza paraprake me Diabet në shtatzëni ose para-diabet, dëmtim tolerancës ndaj glukozës, ose rritje të glicemisë esëll. Histori familjare për të afërm me diabet tip 2. Moshë e madhe e gruas shtatzënë (rreziku për diabet gestacional rritet veçanërisht për gratë mbi 35 vjeç). Përkatësia etnike (gratë me faktor rreziku të lartë përfshijnë Afrikanët-Amerikanët, Afro-Karibeant, Amerikanët etnike, Hispaniket dhe gratë me origjinë nga Azia Jugore). Të qenit mbipeshë ose obeziteti rrisin rrezikun për diabet disa herë. Shtatzëni paraprake që ka rezultuar me lindjen e një fëmije me peshe të madhe (>90th përqind, ose >4000g). Histori obstetrikale paraprake për diabet gestacional. Gra që pijnë duhan. Statistikat tregojnë rrezik të dyfishtë për Diabetin në Shtatzëni në duhanpirëset. Gra me Sindromin e Ovarit Polikistik, kanë gjithashtu risk të lartë për diabet gestacional.

Çdo definicion i Diabetit Mellitus në Shtatzënësi (DMSH) duhet të përfshijë tri elemente rreziku:

- 1 - sëmundshmërinë perinatale ose vdekjen fetale in-utero në shtatzëninë aktuale,
- 2 - zhvillimin e diabetit tip 2 tek nëna dhe
- 3 – situatën e zhvillimit të fetusit në mitër, me pasoja në shfaqjen ç'rregullimeve më vonë gjatë jetës.

Ndër faktorët e mundshëm rastësorë për zhvillimin e sëmundjes janë dhe administrimi farmakologjik i alfa-hidroksiprogesteron kaproatit (17P). Ky preparat përdoret gjatë

shtatzënisë për profilaksinë e lindjes premature, dhe rezulton të jetë i lidhur me rritjen e rrezikut për zhvillimin e Diabetit Mellitus në Shtatëzëni (DMSH). Për këtë arsye, skriningu i hershëm për DMSH, është i këshillueshëm për gratë që marrin terapi me 17P për profilaksi.

Studime të tjera tregojnë se obeziteti dhe diabeti para shtatëzënisë, janë të lidhura me rritjen e rrezikut të lindjes së fëmijëve me peshë të madhe (të shoqëruara me ndërlikimet përkatëse). Gratë shtatëzëna mbipeshë ose obeze kanë një prevalencë më të lartë për diabet gjatë shtatëzënisë, krahasuar me gratë me peshë normale (46.7% kundër 4.1 %). Mbipesha trupore e nënave nga ana tjetër, shton riskun për lindje të fëmijëve – i madh për moshën e shtatzënsë (IMMSH). Diabeti Mellitus në shtatëzëni, është gjetur se ka lidhje me rregullimin e poshtëm (down-regulation) të adiponektinave dhe citokinave si dhe me rregullimin e sipërm (up-regulation) të leptinave dhe citokinave inflamatore. Mendohet se makrosomia është e ndërlidhur me rregullimin e sipërm të citokineve T-ndihmëse1 dhe rregullimin e poshtëm të agjentëve në lidhje me obezitetin (Interleukinat IL-6 dhe Faktorin e Nekrozës Tumorale FNT-alfa, leptinat dhe adiponektinat).

Foshnjat e lindura nga nënat e prekura me diabet në shtatëzëni, paraqesin një rrezik të lartë për problemet të nivelit të ulët ose të lartë të sheqerit në gjak si dhe icterin neonatal. Edhe pse Diabeti në shtatëzëni, konsiderohet të jetë gjendje e trajtueshme dhe gratë me kontrole adekuate të nivelit të glukozës, mund që efektivisht të ulin rreziqet për vehte dhe për fëmijën e tyre, përsëri ato janë një kontigjent me rrezik të lartë për të zhvilluar diabet mellitus të tipit 2 ose më rrallë, diabet të fshehur autoimun ose tip1 pas shtatëzënisë. Pasardhësi i tyre është i prirur për zhvillim obeziteti në fëmijëri, dhe diabet tip 2, më vonë gjatë jetës. Shumica e pacientëve trajtohen vetëm me modifikime dietektike dhe ushtrime të moderuara, por disa marrin preparate antidiabetike, përfshirë edhe insulinën.

Diabeti në shtatëzani - Sikur dhe tipat e tjerë të diabetit, diabeti i shtatëzënisë ndikon në mënyrën e përdorimit qelizor të glukozës. Vlerat e larta të sheqerit dëmtojnë shëndetin e nënës dhe të fëmijës në të njëjtën kohë. Pas lindjes, vlerat e sheqerit normalizohen, por mbetet rreziku për të patur diabet të tipit 2 në të ardhmen.

Simptomat

Për shumicën e grave diabeti gestacional nuk shkakton shenja ose simptoma, rrallë mund të japin shtim të ëtjes apo shpeshtim të urinimit.

Shkaqet

Ushqimi që ne marrim tretet në organizëm për të prodhuar glukoz që kalon në qarkullimin e

gjakut. Pankreasi, një gjëndërr e vendosur prapa stomakut, prodhon insulin, si përgjigje ndaj hedhjes së sheqerit në gjak. Insulina ndihmon në kalimin e glukozes nga gjaku në qeliza ku përdoret si burim energjetik. Gjatë shtatëzisë, placenta e cila bën të mundur kalimin e gjaku dhe të lëndëve ushqyese nga nëna tek fëmija, prodhon vlera të larta të hormoneve. Pothuaj të gjitha këto substanca dëmtojnë veprimin e insulinës në nivelin qelizor duke sjell kështu rritjen e vlerës së sheqerit në gjak: Rritje e lehtë e sheqerit pas ushqimit është normale gjatë shtatëzisë. Sa më shumë përparon shtatëzania, aq më tepër placenta prodhon hormone bllokuese të insulinës. Diabeti i shtatëzisë zhvillohet zakonisht në gjysmën e dytë por ndonjëherë mund të nisi që në javën e 20-të saj.

Faktorët riskues:

- Mosha mbi 25. Me rritjen e moshës së nënës, rritet risku për të bërë diabet në shtatëzani. Histori familjare apo personale: nëse gruaja ka dëmtim të tolerancës së sheqerit me një rritje të lehtë të vlerave, ose nëse në familjen e saj, (prindërit apo motra) ka një pjesëtar me diabet të tipit të 2. Po ashtu nëse gjatë shtatëzisë së mëparshme është zhvilluar diabetit i shtatëzisë apo ka lindur fëmijë me peshë më të madhe se 4.1 kg, apo lindje të një fëmije të vdekur pa arsye të shpjegueshme.
- Peshe trupore e madhe. Nëse BMI, është më i madh se 30 atëherë gruaja ka më shumë mundësi të zhvilloj diabet gjatë shtatëzisë.
- Rraca. Për arsye që nuk janë shumë të qarta, gratë e zeza, Hispanike, indiane apo asiatike kanë më shumë gjasa të vuajnë nga diabeti gjatë shtatëzisë.

Komplikacionet:

- peshë e madhe në lindje. Sasia e lartë e sheqerit në gjak e përshkruan placentën, çka nxit pankreasin e bebit për të prodhuar më tepër insulin. Duke e bërë kështu rritjen e bebit në peshë (macrosomia): Kur bebi është në peshë shumë të madhe, rrezikojnë të mbetën në kanalën e lindjes, çka rrit numrin e lindjes me operacion.
- lindje parakohe dhe sindrom destresi respirator: për shkak të peshës së madhe të fëmijës mundet që aktiviteti të nis më herët se dita e duhur, ndaj dhe bebi do të ketë risk më të lartë për të bërë detres respirator (vështirësi për të marrë frymë).
- ulje të sheqerit pas lindjes (hypoglycemia). Duke qenë se gjatë kohës brendamitrore, prodhimi i insulinës është i lartë, menjëherë pas lindjes këta fëmijë do bëjnë uljet të sheqerit

nëse luhajtjet janë të mëdhaja do të japin dëmtime të fëmijës. Në të tilla raste dhënia e e gjirit menjëherë ose aplikimi intravenoz glukoze do të rregulloj gjendjen e fëmijës.

- zverdhja. Ky ngjyrim i lëkurës dhe sipërfaqes së brendshme të syve ndodh nëse mëlçia e bebit nuk është pjekur akoma për të bërë metabolizimin e bilirubines, e cila prodhohet normalisht kur trupi riciklon rruazat e kuqe të vjetra apo të dëmtuara të gjakut. Një gjendje e tillë kërkon një monitorim të kujdesshëm të fëmijës së porsalindur.
- diabet Tipe 2 më vonë gjatë jetës. Bebet e nënave që vuajnë nga diabeti i shtatëzanisë, kanë risk më të lartë për të zhvilluar obezitetet dhe diabet tip 2 në adulteri. Diabeti gestacional mund të çoj në vdekje të bebit gjatë ose herët pas lindjes.

Diabeti gestacional mund të komplikoj nënën me:

- presion i lartë i gjakut, preeklampi dhe eklampsi.
- Përseritje të diabetit më vonë. Në shtatëzaninë tjetër, ose më vonë gjatë jetës

Diagonoza

Pavarësisht nga mosha e nënës, çdo grua shtatëzanë duhet të t'i nënshtrohet depistimit të rregullt për diabet dhe sidomos për gratë me peshë të madhe (BMi >30), për gratë që kanë në anamnezën familjare të afërt të gradës së parë me diabet.

Depistimi rutin për diabet gestacional

- Prova e parë e ngarkesës: duke pirë një shurup glukoze (50 gr) esëll, dhe më pas matja e vlerës së sheqerit në gjak pas një ore: konsiderohet normal vlera 130 deri 140 miligramë për decilitër (mg/dL), nëse vlera është më e madhe, do të thotë që ka një risk më të lartë për të zhvilluar diabet gjatë shtatëzanisë.
- Testi ndjekës i tolerancës së glukozës: në këtë test gruaja nuk ha darkë, dhe në mëngjes matet niveli i glukozës. Më pas pihet shurupi i glukozës por me përqëndrim më të lartë (80 gr), dhe më pas matet sheqeri në çdo një orë, 3 orë rrjesht. Në të paktën 2 nga vlerat janë më të larta se norma, atëherë mund të vihet diagnoza e diabetit të shtatëzanisë.

Nëse gruaja është e diagnostikuar me diabet të shtatëzanisë: do të kërkohen kontrole më të shpeshta të sheqerit në gjak. Nëse ka vështirësi në kontrollimin e vlerave të sheqerit, mund të jetë e nevojshme të merret insulinë dhe të bëhen teste shtesë për të kqyrur gjendjen e përgjithshme të fëmijës, dhe për të vlerësuar funksionin e placentës.

- Nonstress test. Duke vendosur sensor mbi barkun e gruas të cilet lidhen me monitor, bëhet rregjistrimi i rrahjeve të zemrës së fëmijës, dhe ndryshimet e tyre gjatë lëvizjes së fëmijës: Nëse rrahjet e zemrës së fëmijës nuk janë më të shpjeta gjatë lëvizjeve të tij, d.m.th., që bebi nuk merr oksigjen mjaftueshëm.
- Profil biofizik (BPP). Gjatë këtij testi bëhet një kombinim i testit jostresant me ekografi të bebit. Sipas një sistemi pikesh. Vlerësohen rrahjet e zemrës së bebit, frymëmarrja, toni muscular i përgjithshëm, sasia e lëngut amniotic, dhe qarkullimi i gjakut të bebit në kordonin umbilical dhe në arterinë cerebrale të mesme.
- Numërimi i lëvizjeve fetale. Matja e vlerës së sheqerit pas lindjes, pas 6 dhe 12 muaj, dhe çdo 3 vjet.

Trajtimi

E rëndësishme është të monitorohet dhe të kontrollohet niveli i sheqerit në gjak: Monitorimi i glukozës: për të parë më mirë nivelet gjatë ditës, duhet të matet fillimisht sheqeri të paktën 5 herë në ditë, në mëngjes esëll e më pas, pas çdo vakti: Po ashtu gjatë lindjes dhe pas lindjes bëhet matja e nivelit të sheqerit të nënës dhe të fëmijës së porsalindur (pasi bebi rrezikon të ketë ulje të vlerës së sheqerit pas lindjes.

Dietë e kujdesshme: ngrënia e produkteve të duhura dhe në sasinë e duhur është mënyra më e mirë për të mbajtur nën kontroll vlerat e sheqerit në shtatëzani. Marrja e frutave, perimeve, drithërave të plotë, që janë të pasur në vlera ushqyese dhe fibra dhe të varfër në yndyrna e kalori dhe kufizimi i ëmbëlsirave.

- Ushtrimet fizike: aktiviteti i rregullt fizik luan një rol shumë të rëndësishme në mirëqenien e çdo gruaje. Gjatë aktivitetit, glukozë shkonë drejt qelizave ku përdoret për energji. Gjithashtu ushtrimet rritin ndjeshmërinë qelizore ndaj insulinës, çka do të thotë që trupi prodhon më pak insulin për të transportuar sheqerin. Ushtrimet e rregullta fizike ndihmojnë në lehtësimin e disa nga gjendjeve shqetësuese gjatë shtatëzanesisë si p.sh., dhimbjet e shpinës, krampet muskulare, ënjtjen e gjymtyrëve, konstipacionin dhe çrregullim të gjumit. Aktiviteti fizik ndihmon dhe në mbajtjen e formës së mirë fizike për të përballuar lindjen. Më të preferuarat gjatë shtatëzanis janë: ecja, bicikleta dhe noti, sikur dhe aktiviteti shtëpiak i përditshëm.
- Medikamentet. Nëse dieta dhe aktiviteti nuk mjaftojnë për të rregulluar vlerat e sheqerit atëherë mund të përdoret insulina dhe më rrallë tablet orale sikur glyburide.

- Monitorimi fëmijës: pjesë e rëndësishme e planit të trajtimit është dhe mbikqyrja e fëmijës, rritja dhe zhvillimi i tij.
- Ushqimi me gji i fëmijës ndihmon në shmangien e diabetiti të mëvonshëm tek gruaja, rregullon peshën e gruas pas lindjes, dhe ul shancën që fëmija të vuaj nga obeziteti apo diabeti tip 2 në adulteri.

Parandalimi

Konsiston në ngrënien e produkteve të shëndetshme, kontrollin e peshës trupore, si dhe aktivitetin fizik të vazhdueshëm.

Kolestaza – Kolestaza intrahepatike është një mosfunksionim i mëlçisë në shtatzëni. Sindromi i kolestazës intrahepatike në shtatzëni u përshkrua për herë të parë në shekullin e 19-të.² Testet laboratorike për të provuar kolestazën, janë të ngritura amino-transferaza dhe bilirubina, dhe nivelin e kripërave biliare në serum. Etiologjia e kolestazës intrahepatike, gjatë shtatzënisë është ende e paqartë. Frekuencat variojnë nga 1-2 deri në 1000 shtatzëni dhe është më e zakonshme në shtatzënitë të shumta (multitiple) dhe në gratë me sëmundje të paracaktuara të mëlçisë. Ka shumë teori që lidhen me ç'rregullimet hormonale të dëmtuara nga hormonet, kryesisht estrogjeni dhe progesteroni, si dhe mutacionet gjenetike. Shumë studime kanë ardhur në të njëjtin përfundim se mutacioni i gjenit, është përgjegjës për mosfunksionimin e membranës dhe hepatocitet e mëlçisë. Këto ndryshime ndikojnë në rrjedhën e biles përmes sistemit të kanalit biljar që rezulton në ndërprerje dhe në rritje të vlerave laboratorike në serum të shtatzënës.³ Duke marrë parasysh rezultatet e shumë studimeve, mund të konkludohet se gratë e tilla janë të ndjeshme ndaj shkakut hormonal dhe mjedisor. Një përfundim i tillë mund të shpjegojë incidencë më të lartë të kolestazës në tremujorin e dytë dhe të tretë të shtatzënisë, kur vlerat e estrogjenit dhe progesteronit janë të larta, si dhe shfaqja e shtatzënisë së shumëfishtë.⁴ Pjesa e popullsisë në vendet ku prevalenca varet gjithashtu nga pozicionet gjeografike, me një prevalencë më të lartë kjo gjendet në vendet skandinave dhe në Amerikën e Jugut. Norma më e lartë u regjistrua në Bolivi dhe Kili, veçanërisht në Araucanos të Indis ku incidenca e kolestazës në shtatzëni ishte 28% dhe në Aymara e indianëve 14%.⁵

² Dražančić A i sur. Porodništvo. Školska knjiga, Zagreb, 1999.

³ Mays K. J. The active management if intrahepatic cholestasis of pregnancy. Current opinion in opstetrics and gynecology, 2010; 100, 101-102.

⁴ Pušl T, Beuers U. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Orphanet Journal of Rare Diseases 2007;2-6.

⁵ Pušl T, Beuers U. Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Orphanet Journal of Rare Diseases 2007;2-6

Mjekimi - Kujdesi shëndetësor ndaj shtatzënës me kolestazë, kryhet përmes nivelit primar, sekondar dhe terciar të kujdesit shëndetësor. Ajo fillon me ardhjen e një gruaje shtatzënë në një klinikë ambulatorie kur shfaqen simptomat e para të kolestazës dhe vazhdon me trajtim të plotë diagnostikues me anë të specialistit-konsulent. Në rastin e konfirmimit të kolestazës, gruaja shtatzënë shtrohet në spital për mbikëqyrje të përhershme deri në lindje. Pas lindjes, kujdesi për fëmijën merret nga një neonatolog. Kujdesi primar shëndetësor është një rol i rëndësishëm për mamitë në njohjen në kohë të shtatëzënisë së rrezikshme dhe sigurimin e informacionit të nevojshëm. Kujdesi më i plotë shëndetësor gjendet në departamentin klinik. Kujdesi shëndetësor është i përshtatur për nevojat specifike të grave shtatzëna me kolestazë. Ajo kërkon njohuri dhe kuptim të sëmundjeve, komplikimeve dhe vështirësive. Kujdesi specifik i mamive në gratë shtatzëna me kolestazë synon zbutjen dhe zgjidhjen e problemit dhe është baza për arritjen e qëllimit, zbutjen e simptomave dhe lindjen e porsalindurit të gjallë, dhe të shëndetshëm. Sigurisht, rëndësia e trajtimit plotësues dhe kujdesit shëndetësor duhet të theksohet. Mamia është një anëtar i pavarur i ekipit shëndetësor, ka një fushë të punës së saj, por bashkëpunimi me anëtarët e tjerë të ekipit është i domosdoshëm.

Anemia drepanocitare - Gjatë shtatëzënisë, ndodhin ndryshime të mëdha në organizmin e gruas që përfshijnë ndryshimet hormonale, metabolike me gjithë efektet e tyre në organet dhe sistemet e organizmit. Fillimisht ka një mbatje të sasisë së ujit të organizmit, por nga ana tjetër ka rritje të kërkesave për hekur, që është përbërësi i hemoglobinës, proteinës së rruazave të kuqe të gjakut, që mbartin oksigjenin.

Kjo rritje e kërkesës është për nënën, për bebin që po zhvillohet si dhe placenten, sidomos në tremurjorin e dytë dhe të tretë. Nëse hekuri në organizëm nuk është i mjaftueshëm për të përballuar këto kërkesa do të zhvillohet anemia. Kjo është më e shprehur nëse shtatëzania shoqërohet me të vjella, nëse barra është binjake, nëse gruaja ka patur cikle me fluks të shtuar më parë.

Nevoja ditore e një gruaje shtatëzënanë është 18 deri 27 mg në ditë, por duke qenë se kjo sasi nuk mund të merret në ushqim, rekomandohet marrja supplement ditore e 30 mg hekur.

Anemia gjatë shtatëzënisë mund të zhvillohet edhe nga mungesa e acidit folik, ose vit B12, apo nga ç'rregullime të gjakut të trashëguara si dhe prania e sëmundjeve kronike.

Faktorët favorizues:

Dieta e varfër në hekur, vitamina, folate.

Ç'rregullime apo sëmundje të aparatit tretës, ndërhyrje kirurgjikale,

- cikle menstruale me fluks të shtuar që zgjasin për një kohë të gjatë,

- sëmundje kronike si tumore të mëlçis, veshkave.

- forma të trashëguara të anemisë, sëmundje autoimun.

Shenjat: lodhje, lëkurë e zbehtë, zbehje të mukozave, dobësim të thonjëve, vështirësi në gjëllitje, ndryshime në humor dhe përqendrim, ç'rregullime të rrahjeve të zemrës, shpeshtime të tyre, shkurtim në frymëmarrje, këputje, duar dhe këmb të ftohta, dhimbje koke (megjithëse këto janë dhe shenja shoqëruese të shtatëzanisë). Studime të kohëve të fundit kanë treguar një lidhje midis formave të rënda të anemisë nga mungesa e hekurit dhe një dëshirë të madhe për ngrënien e akullit, letrës apo argjilës.

Çdo grua shtatëzanë në fillim të shtatëzanis i nënshtrohet ekzaminimit të gjakut për matjen e hemoglobinit, hematokritit, sideremis, dhe morfologjisë së gjakut.

Në varësi të lloji të anemisë do të jetë dhe mjekimi:

Nëse bëhet fjalë për anemi nga mungesa e hekurit merret supplement hekur 60 deri 120 mg në ditë Nëse merret në formën e ferri sulfat 325 mg (60mg hekur) ose ferrous glukonat 300 mg (34 mg hekur), ferri fumarat 325mg tb (106 mg Hekur).

Për tu përthithur më mirë, duhet marr me vit C, lëng portokalli, qitroje, lëng domateje me stomak bosh, por asnjëher nuk merren me qumësht dhe me kafe apo qaj apo calcium. Marrja e hekurit shoqërohet me efekte anësore, të tilla si kapsllëk, djegie të stomakut, të përziera të vjella.

Si ndikon anemia te bebi ? Përgjithësisht bebi kujdeset vetë për nevojat e tij për hekur duke marrë tek nëna, por anemia e nënës mund të ndikoj në hekurin e depozituar çka rrit rrezikun për zhvillim të anemisë më vonë gjatë feminizës. Anemia nga mungesa e hekurit lidhet me rritje të rrezikut për lindje parakohe dhe lindje të fëmijëve me peshë të ulët, dhe në raste më të rralla të formave ekstreme mund të çojë në vdekje të bebit në mitër apo pas lindjes.

Efektet te nëna nëse gruaja do të jetë anemik ajo dhe të jetë e këputur, ka munges të energjive, trupi i ka më të vështirë për të përballuar infeksionet, do të jetë më vështirë për të përballuar lindjen, shtohet mundësia për të patur hemoragji pas lindjes, rritet rrisku për të kaluar depresionin post partum.

Ç'duhet bërë për ta parandaluar?

Së pari, një diet e shëndetshme e pasur me ushqime përmbajnë hekur: mish i kuq është burimi më i mirë i hekurit, por nuk përjashtohen mishrat e tjerë, peshku apo burimet joshtazore sikur: bathet, thjerrëza, rrushi i thatë, kumbulla, fiq, patate me gjithë lekurën, kajsi, brokoli, perimet e gjelbra, drithërat, arrat, farat e ndryshme. Kujdes duhet bërë tek mëlçia **MË MIRË TË SHMANGET NË SHTATËZANI**, pasi përmban sasi **VITAMINE A** jo të sigurt çka mund të sjelli defekte të lindura të bebit.

Sëmundja e gjëndrës tiroide - Sëmundjet e tiroidës, është shumë e rëndësishme që të mjekohen në mënyrë korrekte. Duhet pasur parasysh që këto sëmundje "maskohen" gjatë shtatëzënisë, sepse sistemi imunitar (i cili luan rol në këto sëmundje), suprimohet gjatë shtatëzënisë për ta mbrojtur frytin që po zhvillohet. Pas lindjes ky efekt mbrojtës zhduket dhe rrjedhimisht ka tendencë që pas lindjes të manifestohen sëmundjet e tiroides tek gratë të cilat kanë pasur më herët probleme me tiroiden dhe tek ato që kanë rrezik të shtuar për këto sëmundje. Gjatë shtatëzënisë dhe gjdhënies duhet të rritet marrja e jodit nga 150 në 250 mikrogram në ditë, por jo mbi 500 mikrogram në ditë. Hormonet e tiroides kanë funksion të komplikuar, por shumë të rëndësishëm në ciklin menstrual, në funksionin e vezoreve dhe në përgjithësi në sistemin endokrin.

Gjendra tiroide gjendet nën lëkurë në pjesën e përparme të qafës. Ka dy krahë, ka formën e fluturës dhe është një nga organet që furnizohet më së shumti me gjak. Pasi që gjendet nën lëkurë, nëse ajo rritet kjo mund të vërehet me sy ose mund të preket.

Për të zbuluar sëmundjet e tiroides mund të bëhet ekzaminimi me ultrazë i gjëndrës tiroide, përcaktimi i nivelit të hormoneve të saj në gjak, mund të bëhet funksioni i gjëndrës dhe scintigrafia. Hipertiroidizmi dhe hipotiroidizmi gjatë shtatëzënisë diagnostikohen në bazë të simptomave e shenjave klinike, me ekzaminim fizik dhe përmes analizës së gjakut ku përcaktohet niveli i TSH (thyroid-stimulating hormone) dhe T4, kurse për hipertiroidizmin edhe i T3. Gjendra endokrine prodhon hormonet T3 dhe T4. Sekretimi i këtyre hormoneve

rregullohet nga hipofiza që është një gjëndër e cila gjendet në tru. Hormonet T3 dhe T4 e rregullojnë shpejtësinë e metabolizmit. Nëse këto hormone prodhohen më pas se ç'duhet, atëherë ngadalësohet edhe metabolizmi (ndonjëherë edhe deri në 40%), kurse nëse sekretohen me tepriçë, atëherë metabolizmi shpejtohet deri në 100%.

Nga funksioni i tiroides varet zërthimi i proteinave, metabolizmi i yndyrave dhe karbohidrateve, funksioni i trurit si dhe zhvillimi i organizmit në tërësi, përfshirë frymëmarrjen, të fjeturit, tretjen e ushqimit, aktivitetin e trurit dhe funksionin e gjëndrave tjera. Nëse keni hiper ose hipotiroidizëm ju duhet të keni kujdes të shtuar mjekësor, sidomos gjatë tremujorit të parë të shtatzënisë. Ndonjëherë, në fillim të shtatzënisë mund të keni simptome sikur të hipertiroidizmit. Konsultohuni me mjekun nëse keni rrahje të shpejta të zemrës, nëse humbni në peshë dhe nëse keni vjellje të vazhdueshme.

Është shumë e rëndësishme që nëse i keni këto ç'rregullime të përcillen përpara dhe gjatë gjithë shtatzënisë dhe nëse është e nevojshme të përshtatet mjekimi. Nëse nuk mjekohen sëmundjet e tiroides, mund të shkaktojnë në mes tjerash edhe aborte, lindje të parakohshme, shtypje të lartë të gjakut dhe preeklampsi si dhe peshë të ulët në lindje.

Problemet lindin atëherë kur funksioni i tiroides zvogëlohet (që quhet hipotireozë) ose kur funksioni i saj rritet (hipertireozë):

Tensioni i lartë i gjakut - Presioni i lartë quhet “vrasësi i heshtur” dhe jo pa arsye. Këtu do të gjeni gjithçka që ju duhet të dini rreth presionit të lartë të gjakut gjatë shtatzënisë. Në kontrollet gjinekologjike të rregullta, matni edhe tensionin e gjakut. Edhe pse mund të duket se presioni i gjakut nuk është diçka për të cilën duhet të shqetësoheni, duhet të dini që gjatë shtatzënisë presioni i lartë i gjakut mund të jetë shumë i rrezikshëm.



Tensioni i lartë i gjakut në gratë shtatzëna mund të shfaqet në tre mënyra të ndryshme.

Hipertensioni kronik. Të gjitha gratë shtatzëna që kishin më parë presion të lartë të gjakut, ka më shumë gjasa që gjatë shtatzënisë ta kenë atë gjithashtu.

Hipertensioni gestational. Është një shfaqje e diabetit në gratë shtatzëna dhe një ndryshim që kalon pa ndërlikime të mëdha. Nuk ka asnjë arsye të veçantë nga çfarë është shkaktuar, ndodh në vetvete dhe pastaj zhduket.

Preeklampsia. Kjo është forma më e rëndë e presionit të lartë të gjakut në shtatzëni dhe karakterizohet nga tensioni i lartë i gjakut, ënjtja dhe proteinat në urinë. Kjo mund të çojë në një mori komplikimesh, madje edhe vdekje.

Rreziqet e presionit të lartë të gjakut në shtatzëni

Problemi më i madh me presionin e lartë të gjakut është se ai shfaqet pothuajse pa simptoma, derisa ato bëhen mjaft serioze. Gratë duhet ta masin atë rregullisht dhe nëse ka ndonjë ndryshim, masat e kontrollit dhe masat paraprake do të rriten. Presioni i lartë i gjakut në shtatzëni përbën rrezik.

Ndonjëherë presioni i lartë i gjakut nuk mund të vërehet. Kur situata është shumë serioze, simptomat janë këto: dhimbje koke, ndryshime në shikim dhe obezitet.

Presioni mund të jetë i rrezikshëm, sepse në njëfarë mënyre mund të ndikojë pothuajse në çdo organ në trup, si dhe te foshnja. Tensioni i lartë i gjakut në shtatzëni mund të shkaktojë disa komplikime të tilla si:

- Ul rrjedhjen e gjakut në placentë,
- Ndarje te placentës,
- Lindje të parakohshme,
- Probleme të zemrës pas shtatzënisë,
- Dëmtim te organeve,
- Gjakderdhje dhe
- Sulme

Preeklampsia është një ç'rregullim, ose gjendje e presionit të lartë të gjakut me rritjen e proteinës në urinë dhe nganjëherë dëmton veshkat. Duket në gjysmën e dytë të shtatzënisë. Është një nga shkaqet kryesore të vdekjes tek foshnjat dhe gratë shtatzëna. Zakonisht ndodh gjatë javës së 37-të të shtatzënisë dhe në atë rast nuk ka shërim përveçse të shkaktojë lindjen e fëmijës. Kjo është një kusht që mund të rrezikojë jetën e grave shtatzëna dhe foshnjave të tyre.

Si mund të parandalohet?

Megjithëse në kushte të tilla si preeklampsia nuk ka asgjë që mund të bëhet në drejtim të parandalimit, ka disa gjëra që mund të bëni për veten dhe mbrojtjen e fëmijës suaj nga ndërlikimet e shkaktuara nga presioni i gjakut.

Kontrolloni presionin e gjakut. Nëse planifikoni një shtatzëni, kontrolloni tensionin e gjakut përpara se të mbeteni shtatzënë.

Mësoni të njihni shenjat. Nëse keni marramendje, ënjtje te papritur, dhimbje koke dhe ndryshime në vizion, shkoni të vizitoni një mjek, pasi kjo mund të ketë komplikime për shkak të presionit të lartë të gjakut dhe shenjave të para të preeklampsisë. Nëse vuani nga preeklampsia në shtatzënitë e mëparshme, bisedoni me mjekun tuaj për të përshkruar aspirinë, e cila mund të jetë parandalimi efektiv kur është fjala për preeklampsi.

Tromboza e thellë venoze dhe embolia pulmonare - Sipas mjekëve gjendja e trombozës së venave të thella mund ta ndërpresë, pjesërisht ose plotësisht qarkullimin e gjakut, duke shkaktuar dhimbje kronike dhe ënjtje të këmbëve. Më e zakonshme është ënjtja në këmbën e prekur, si dhe parehatia që nis të shfaqet në pulpën e këmbës. Kategoritë që janë të rrezikuara, si dhe këshillat për të mos lejuar ndërlikimet e formave të rënda. Simptomat e embolisë pulmonare përfshijnë, kollitje, dhimbje të mprehtë në gjoks e cila përkeqësohet ndërsa merrni frymë thellë ose kolliteni, frymëmarrje të shpejtë ose gulçitje gjatë frymëmarrjes, marramendje ose dobësi, si dhe kollitje me gjak. Në këto raste duhet të shkoni në urgjencë, sqarohet prej tyre. Në varësi të ndikimit të faktorëve, mjekët thonë se gjendja e trombozës së venave të thella mund ta ndërpresë, pjesërisht ose plotësisht qarkullimin e gjakut dhe shkakton dhimbje kronike dhe ënjtje, kryesisht në këmbë. Më e zakonshme është ënjtja në këmbën e prekur, si dhe parehatia që nis të shfaqet në pulpën e këmbës. Më tej, mjekët shtojnë se janë shumë të rralla rastet në të cilat ënjtja mund të prekë njëkohësisht të dyja këmbët. Dhimbjet bëhen edhe më dukshme, si dhe shqetësuese gjatë kohës që jeni duke

ecur. Gjithashtu, në shumë pacientë mund të ndodhë që të kenë edhe nxehtësi në lëkurën e këmbës së prekur dhe vena të dukshme sipërfaqësore. Mjekët këshillojnë që të bëhet shumë kujdes, pasi fatkeqësisht në disa raste tromboza nuk shfaq simptoma të dukshme, ndërkohë që ndërlikimet e saj mund të jenë edhe me pasoja shumë të rënda.

Talasemia - Talasemia është një sëmundje gjaku e trashëguar që shkaktohet nga një defekt në prodhimin e hemoglobinës, një pjesë e rëndësishme e qelizave të kuqe të gjakut. Kur nuk ka hemoglobinë të mjaftueshme, qelizat e kuqe të gjakut nuk funksionojnë siç duhet, jetojnë për periudha më të shkurtëra kohore, kështu që ka më pak qeliza të kuqe të shëndetshme në gjak. Qelizat e kuqe të gjakut çojnë oksigjen në të gjitha qelizat e trupit, të cilin ato e përdorin për të funksionuar. Në varësi të asaj se sa e rëndë është talasemia, kemi talaseminë minor ose talaseminë major. Duke pasur një tipar talasemie, një person nuk mund të ketë asnjë simptomë, por mund t'ia kalojë atë tipar fëmijëve duke rritur rrezikun e tyre për të pasur talasemi. Një person i cili ka talasemi minor nuk mund të ketë asnjë simptomë ose mund të ketë vetëm anemi të lehtë, ndërsa një person me talasemi major mund të kenë simptoma të rënda dhe mund të ketë nevojë për transfuzione të rregullta gjaku.

Shtatëzanit që duan kujdes të veçantë – shtatëzania krijon shumë strese dhe tensione edhe te gratë e shëndetshme. Megjithatë, në qoftë se vuani prej kohe nga shqetësimet e tilla si tension i lartë i gjakut, sëmundje të zemrës, sëmundje tiroide, ose astme, vetëvetiu do të merakoseni për efektin e problemit tuaj shëndetësor gjatë shtatzanisë si dhe për efektin e shtatzanisë në problemin tuaj shëndetësor.

Astma - Astma është sëmundje inflamatorë e rrugëve ajrore e karakterizuar nga rritje e përgjigjes së pemës trakeobronkiale ndaj stimujve të shumtë. Është gjendje kronike që mund të prekë zakonisht shtatzëninë. Sëmundja është episodike, karakterizohet nga përkeqësime të ndërmjetësuar nga periudha asimptomatike. Shumica e atakeve janë kohëshkurtra, nga disa minuta deri në orë. Has-shmëria e astmës në popullatën e gjerë është 4-5%, ndërsa gjatë shtatzanisë 1-4 %, me mortalitet 2 persona ne 100,000.

Mekanizmat fizpatologjik

Shtatëzënia prek dukshëm fiziologjinë respiratore: me ulje të kapacitetit residual funksional dhe volumit rezidual. Në të njëjtën kohë përçueshmëria e ajrit dhe rezistenca pulmonare ulet, si rezultat i veprimit të progesteronit. Në shtatzëni zhvillohet një gjendje alkaloze respiratore

kronike, me ulje të presionit të pjesshëm të dioksidit të karbonit (pCO₂), ulje të bikarbonateve dhe rritje të pH.

Asthma karakterizohet me inflamacion të rrugëve ajrore të karakterizuar nga grumbullimi i eozinofileve, limfociteve, qeliza mastocitare, makrofag, qeliza dentritike dhe miofibroblasteve. Të gjitha këto sjellin ulje të diametrit të rrugëve ajrore nga kontraksioni i muskulaturës së lëmuar, kongjestioni vazal, edema e mureve bronkiale dhe trashje të sekrecioneve.

Barnat - Disa barna tjera janë të dëmshme në fazat e mëvonshme të shtatzënisë, prandaj të gjitha femrat, duhet të këshillohen që ta zvogëlojnë sa më shumë mundësinë e shfaqjes së anomalive kongjenitale.

Këshillat e përgjithshme përfshijnë shmangien e të gjitha barnave, alkoolit, duhanpirjes, vitaminës A (për shkak të teratogjenitetit-defekteve të foshnjës), dhe nga ana tjetër rekomandohet marrja e acidit folik (400 mcg) për zvogëlimin e rrezikut nga defekti i tubave neurale. Marrja e acidit folik fillon para mbetjes shtatzënë dhe vazhdon deri në fund të tremujorit të parë, ndërsa femrat të cilat marrin barna antikonvulzive - të sëmurat me epilepsi, ose ato të cilat kanë pasur defekt të tubave neurale te fëmijët tjerë, duhet ta rritin dozën e acidit folik deri në 4 mg ose 5 mg në ditë.

Parimi i përgjithshëm është shmangia ose zvogëlimi i përdorimit të barnave (nëse është i mundshëm), sidomos në tremujorin e parë të shtatzënisë. Femrave të cilat marrin barna për shkak të ndonjë sëmundjeje kronike duhet t'u ofrohet këshillim specialistik para ngeljes shtatzënë dhe të vlerësohet mundësia e zvogëlimit ose zëvendësimit të barit që përdorin me ndonjë lloj bari, përdorimi i të cilit konsiderohet i parrezikshëm në shtatëzani.



Ekspozimi i fetusit ndaj barit

Ekspozimi ndaj barnave gjatë stadi pre-embrional zhvillohet në bazë të parimit “krejt ose asgjë”, duke shkaktuar vdekjen ose rikuperimin e plotë dhe zhvillimin normal të fetusit. Organogjeneza kryesisht ndodh në fazën embrionale të zhvillimit (përveç sistemit nervor qendror, syve, dhëmbëve, organeve gjenitale dhe veshëve) dhe përfundon në fund të javës së dhjetë të shtatzënisë.

Ekspozimi ndaj barnave në këtë periudhë paraqet rrezik të madh për defekte të rënda për shkak të ndikimit të barnave në formimin e organeve, këshillon Shegaime. Parimi i përgjithshëm është që sa herë që është e mundshme të shmanget ose zvogëlohet dhënia e barnave në tremujorin e parë.

Dozimi gjatë shtatzënisë

Mjekimi me barna, përdorimi i të cilëve është i domosdoshëm edhe gjatë shtatzënisë, duhet të zvogëlohet në dozat më të vogël efektive para mbetjes shtatzënë dhe gjatë tremujorit të parë. Doza e barit, për të cilin konsiderohet se mund të shkaktojë reaksion të abstenimit nëse ndërpritet përdorimi pas lindjes, siç ndodh me antidepressivët ose antipsikotikët, duhet të zvogëlohet dalëngadalë me afrimin e terminit të lindjes.

3. KUJDESI INFERMIEROR NDAJ PACIENTEVE SHTATZËNA

Etika është shpesh studim i moralit, por për shtatzënat dhe ofruesit e kujdesit shëndetësor, etika mund të thotë dy gjëra të ndryshme.⁶

Për shtatzënat, etika ka të bëjë me mënyrën se si ato duan të trajtohen dhe të lejohen të bëjnë vendimet e tyre.

Te shtatzënat shpesh kanë nevoja komplekse shëndetësore. Stafi infermieror për pacientet shtatzënat duhet të janë:⁷

- të edukuar për të kuptuar dhe trajtuar nevojat shpesh komplekse fizike,
- shëndetit mendor për të ndihmuar pacientët për të mbrojtur shëndetin dhe të përballen me ndryshimet në aftësitë e tyre mendore dhe fizike, në mënyrë që shtatzënat mund të qëndrojnë të pavarura dhe aktive për aq kohë sa të jetë e mundur.

Kujdesi infermieror ka të bëjë edhe me dimensionet e kodit etik të stafit infermieror dhe për bazë ka:

1. dimensionin njerëzor apo human,
2. dimensionin e marrëdhënieve sociale dhe
3. dimensionin teknik – operativ.

Infermieri / ja duhet të angazhohet në marrëdhëniet funksionale me pacientin dhe të ndërtoj një pakt si:⁸

- **T'i paraqitet** që në takimin e parë, t'i shpjegoj kush është dhe çfarë mund do të bëjë për të.
- **Të di** kush është pacientja, ta njoh, ta thërras në emër dhe mbiemër.
- **T'ia bëj njohjen** nëpërmjet kartelës së identifikimit personal.
- **Të jap përgjigje** të qartë dhe saktë për adresën e pacienten në organet kompetente.

⁶ Mark R. Ensign, Attorney and Counselor, “Çështjet etike dhe shtatzënat” , 2003. (<http://www.ensignlaw.com/Ethical Issues and Elderly>)

⁷ Geriatric Staff Nurse (<http://explorehealthcareers.org/en/Career/151/Geriatric Staff Nurse>).

⁸ Kodi Deantologjik Infermieror, Tiranë, 2012 (www.qsut.gov.al).

- **T'i formuloj** informacionin që do të ndikojë në njohjen e pacientes me personat e shërbimit shëndetësor.
- **T'i garantoj** kushtet më të mira higjenike të ambientit.
- **Ta ndihmoj** në mbajtjen e marrëdhënieve sociale dhe familjare.
- **Të respektoj** rregullat dhe zakonet e saja sipas etnisë dhe besimit fetar.
- **Të ndihmoj** pacienten në përballjet në mënyrë të ekuilibruar dhe dinjitoze, gjatë ditës (turnit) për të kapërcyer veprimet e zakonshme të tij: të hajë, të lahet, të lëvizë, të flejë kur nuk është në gjendje t'i kryej vetë.
- **Të asistoj** individualisht në nevojat e saja, të jetoj me problematikën e pacientes, të gjej mundësinë e zgjidhjes dhe të veprojmë së bashku në zgjidhjen e problemit.
- **T'ia mësoj** cilat janë faktorët favorizues dhe kundër të shëndetit, në respekt të zgjedhjes së mënyrës të jetës.
- **T'ia garantoj** kompetencat etiko-profesionale dhe njerëzore për mënyrën më të favorshme të paraqitjes së tij në vendin ku do të kryhet asistenca.
- **Të respektoj** dinjitetin e saj, t'i jap siguri dhe t'ia garantoj shpëtimin e jetës.
- **Ta dëgjoj** me vëmendje dhe ta këshilloj kur ka nevojë.
- **T'i qëndroj** pranë kur vuan, ka frikë, kur medikamentet dhe teknikat nuk mjaftojnë.
- **Të mos nxit, ndërmjetësoj, kërktoj dhe pranoj** asnjë lloj ryshfeti, në asnjë lloj forme për shërbimin e kryer ose për diferencim të tij. Infermieret janë të edukuara për të kuptuar dhe trajtuar nevojat shpesh komplekse fizike të mbrojtjes dhe shëndetit të shtatzënave.

Ato përpiqen për të ndihmuar pacientët e tyre, për të mbrojtur shëndetin e tyre dhe të përballen me ndryshimet në aftësitë e tyre mendore dhe fizike, në mënyrë që shtatzënat mund të qëndrojnë të pavarura dhe aktive për aq kohë sa të jetë e mundur. Përparimet në kujdesin shëndetësor ndaj shtatzënave ka çuar në një rritje të jetëgjatësisë dhe kanë rezultuar në një popullsi më të madhe të plakjes. Se ky grup vazhdon të rritet, për infermieret do të jetë e nevojshme për të siguruar kujdes të vazhdueshëm. Aktualisht, më shumë se 3/4 e të rriturave

mbi moshën 25 vjeç vuajnë të paktën nga një gjendje kronike mjekësore që kërkon kujdes të vazhdueshëm. Sipas një hulumtimi të organizuar në Kosovë, në vitin 2011 del se 45 % të shtatzënave nuk ishin në gjendje për të hyrë në kujdes mjekësor po ashtu rreth 83% kanë një ose më shumë sëmundje kronike.⁹ Dhe kjo i detyron që t'i durojnë sëmundjet kronike dhe trajtimin ta bëjnë në shtëpi. Këto të dhëna japin nevojën urgjente për të krijuar një skemë të sigurimeve shëndetësore shoqërore duke përfshirë segmentet e kësaj kategorie të shtatzënave në vendin tonë në tranzicion.

Kur punon me pacientet shtatzëna, një infermierë do të:¹⁰

- vlerësojë gjendjen mendore të pacientes dhe (të menduarit) aftësitë njohëse,
- kuptojë çështjet akute dhe kronike të pacientes,
- diskutojë shqetësimet e përbashkëta shëndetësore,
- organizimi i përdorimit të medikamenteve dhe
- edukimin e pacientes në lidhje me sigurinë personale dhe parandalimin e sëmundjeve.

Konsiderata ndaj pacientes shtatzënë ka të bëjë me:¹¹

- Mund të shfaqen simptoma ankthi me ankesa dhe nervozizmi, “probleme nervore” ose ndjenjat e shqetësimit.
- ankesa dhe lodhje,
- dhimbje,
- telashe pagjumësie, etj.

Qëllimet kryesore të kujdesit infermieror janë:¹²

- promovimi i shëndetit,
- parandalimin e sëmundjeve,

⁹ Naim Jerliu, Ervin Tocci, Naser Ramadani, Genc Burazeri, Helmut Brand, “Prevalence and socioeconomic correlates of chronic morbidity among elderly people in Kosovo: a population-based survey”. (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599090)

¹⁰ Geriatric Staff Nurse ([http://explorehealthcareers.org/en/Career/151/Geriatric Staff Nurse](http://explorehealthcareers.org/en/Career/151/Geriatric%20Staff%20Nurse)).

¹¹ Lynda Juall Carpenito “Nursing Diagnosis”, fq. 83, London 2009.

¹² Andrea Gudha “Manual teknik, infermierja në shërbimin spitalor”, fq. 22, Tiranë.

- shërimi, të ndihmojë të sëmures dhe
- ndihmë lehtësuese në situatat e sëmundjeve të rënda dhe të pashërueshme.

Kujdesi për shtatzënat kërkon ekspertizë të veçantë – njohuri dhe aftësi që shumica e mamive/ infermiereve duhet të janë të trajnuara dhe specializuara.

Ky term i gjerë përfshinë shërbime të tilla si:¹³

- kujdesin në institucionet shëndetësore,
- kujdesin ditor,
- kujdesin afatgjatë,
- kujdesin rutinë dhe
- kujdesin në reparte gjinekologjike.

Shpesh shtatzënat humbasin interesin për ushqim, interesimin për shoqëri, interesimin për aktivitete fizike e sidomos nëse ata janë në depresion, ofrimi i ndihmës mund të ndihmojë shtatzënat të cilat përjetojnë vështirësi me:

- përgatitjen e ushqimit,
- kuptimin e rëndësisë së jetës,
- shoqërisë,
- familjes dhe
- të dinë të mirat e aktiviteteve fizike.

Mamia/Infermierja duhet të dijë të jap dhe të fitoj besimin e pacientes. Duhet të ketë aftësinë për të dialoguar. Në këto disiplina, detyra primare e personelit është të ndalojë te krevati i pacientes dhe të dëgjoj si dhe të përballet me tema të tilla si:

- vuajtja,
- trishtimi,

¹³ Po aty.

- vdekja,
- humbja etj.

Për shtatzënat të cilët janë të lidhura për shtrat dhe nuk kanë mundësi të lëvizin, mamitë/infermieret janë ato që kohë pas kohe e lëvizin të sëmuren me qëllim preventimi të dekubitusit. Nga ana tjetër ata janë të angazhuar edhe për t'i ushqyer, për t'i ndihmuar në kryerjen e nevojave fizologjike, lëvizjen nga shtrati, vendosjen në shtrat, dhënien e terapisë, ndërrimin e rrobave, rregullimin dhe pastrimin e shtratit etj. Kujdesi infermior ndaj pacienteve shtatzëna në të gjitha mjediset, si atë shtëpiak apo spitalor, mamive ju nevojitet bashkëpunimi reciprok kolegial, po ashtu bashkëpunim duhet të ketë edhe mes pacientit dhe infermierit, në mënyrë për të arritur vlerësimin adekuat të një shtatzëne në përputhje me përgjegjësitë profesionale dhe përgjegjësitë shëndetësore.

Roli infermieror

Mamitë/Infermieret luajnë një rol integral në menaxhimin dhe kujdesin e pacienteve shtatzëna. Çështjet që ndikojnë në rritjen e cilësisë për kujdesin dhe sigurinë e pacientit janë:¹⁴

Cilësia dhe performanca; Administrimi i shërbimeve infermiore; Menaxhimi infermior; Standardet profesionale infermiore dhe Procesi infermior dhe komunikimi.

Administrimi i shërbimeve infermiore

Administrimi i shërbimeve infermiore është proces i planifikimit, organizimit, udhëheqjes dhe kontrollimit të resurseve humane, materiale, financiare dhe informative që lidhen me mënyrën organizative të punës në arritjen e objektivave të parafinuar.

Menaxhimi

Menaxhimi thjeshtë mund t'i referohet procesit të cilin ekipi menaxhues e ndjek për të përmbushur qëllimet organizative. Menaxhimi i mirë shëndetësor gjithmonë zgjedh shkathtësitë, jo personat. Shkathtësitë për menaxhim të mirë shëndetësor:¹⁵

- komunikimi efektiv,

¹⁴ <http://telegrafi.com/roli-infermierise-ne-sigurine-dhe-kujdesin-e-pacientit>.

¹⁵ <http://telegrafi.com/roli-infermierise-ne-sigurine-dhe-kujdesin-e-pacientit>

- shkathtësi efektive të konceptimit,
- krijimi i ekipit të punës.

Standardet profesionale infermierore

Standardet profesionale infermierore janë qëndrimet rreth niveleve të performancës që kërkohet nga infermierët të arrijnë në praktikën e tyre në kujdesin dhe sigurinë e pacientit. Ata duhet të:¹⁶

- reflektojnë vlerat e profesionit të infermierisë,
- sqarojnë atë që profesioni pret prej tyre,
- kuptojnë më mirë obligimet e tyre profesionale,
- përkrahin kompetencën e tyre të vazhdueshme dhe zhvillimin profesional,
- avokojnë për ndryshime në politikë dhe praktikë,
- definojnë dhe zgjidhin problemet profesionale të praktikës,
- përfshihen në kurset dhe programet edukative për infermieri.

Procesi infermieror

Procesi infermieror është një procedurë që ndërtohet nga vetë i sëmuri dhe zbatohet nga infermierja dhe ekipi i kujdesit. Procesi i kujdesit infermieror dhe sigurimi i pacientit (të menduarit kritik) përfshin:

- ekzaminimin,
- diagnozën infermierore,
- planifikimin,
- zbatimin,
- vlerësimin.

Ekzaminimi: është diskutim i të dhënave dhe gjetjeve dhe në bazë të tyre bëhet vlerësimi i nevojave të klientit. Diagnoza infermierore: është analiza e diskutimit të të dhënave për të përcaktuar problemet shëndetësore aktuale dhe potenciale nga infermiera. Planifikimi: është zhvillimi i planit të veprimit për të zvogëluar apo parandaluar problemet e mundshme dhe planifikuar veprimet e infermieres. Zbatimi: është zhvillimi i kujdesit infermieror, kryerja e intervenimeve të planifikuara infermierore, krahas mbledhjes së të dhënave në lidhje me klientin. Vlerësimi: është përcaktimi i efektshmërisë së planit të kujdesit.

¹⁶ Po aty.

4. KONKLUSIONE

Në studimin e bërë nga studenti i Faye L. Hagerling me temën: *Nurse attitudes toward caring for older patients*, nga Universiteti i Kolorados, janë fituar rezultate të kënaqshme sa i përket çështjes së aspekteve etike infermiore në kujdesin e pacienteve shtatzëna. Në këtë studim janë përfshirë 17 paciente, të cilët ishin të shtrirë në Spitalin Regjional të Klinikës Gjinekologjike të qytetit në Kolorado. Në bazë të këtij studimi, përparimet në kujdesin shëndetësor për shtatzënat kanë çuar në një rritje të jetëgjatësisë së tyre. Aktualisht, më shumë se tre të katërtat (3/4) e të rriturve mbi moshën 25 vjeç vuajnë nga të paktën një gjendje kronike mjekësore që kërkon kujdes të vazhdueshëm dhe të menaxhimit. Shtatzënat shprehen se mbështeten në shërbimet e kujdesit shëndetësor shumë më tepër se çdo grup tjetër. Duke u fokusuar në menaxhimin e kushteve kronike të pacienteve shtatzëna, përshtypja e pacienteve është se tek stafi infermier mbizotëron etika dhe kujdesi infermior të cilët ndihmojnë në përmirësimin e cilësisë së jetës së pacientit. Për të mësuar dhe menaxhuar shëndetin e tyre, pacientet kanë pavarësinë dhe autonominë e tyre. Mami/Infermierët gjithashtu ndihmojnë anëtarët e familjeve të tyre, miqtë dhe të tjerët për të marrë njohuritë dhe aftësitë që ata kanë nevojë për të siguruar kujdes për pacienten, duke ndihmuar për të lehtësuar dhimbjen e tyre. Pacientëve u lejohet për të kompletuar detyrat për veten e tyre të tilla si, aktivitetet e përditshme të jetesës (larje, ushqim, banjo, larja e dhëmbëve dhe flokët), për aq kohë sa të jetë e mundur në mënyrë të sigurt. Ata po ashtu kanë vlerësim pozitiv dhe shprehje të saktë sa i përket orarit të kohës së caktuar të ilaçeve, vakteve, kohës së banjës dhe gjumit. Mjedisi i qetë, ndriçimi dhe vizitat e shpeshta të stafit, ndihmon në uljen e ankthit dhe të sigurisë.

5. PËRFUNDIM

Me qëllim të një mbrojtje antenatale sa më efikase, vendet e ndryshme kanë aplikuar protokole të ndryshme përmes të cilave përcaktohet në mënyrë decitive numri i vizitave antenatale që duhet bërë gjatë shtatzanisë. Kështu, në Gjermani gjatë shtatzanisë parashihen të bëhen 10 kontrolla, në Angli 14, Holandë 13-14, Suedi 20, Kroaci 12, Kosovë 7. Sipas Udhërrëfyesit të mbrojtjes antenatale në Kosovë, është paraparë që gjatë shtatzanisë të bëhen 7 kontrolla (kjo natyrisht vlen për shtatzaninë pa komplikime). Në bazë të rezultateve të lartë cekura mund të konstatojmë se 76% e shtatzënave në hulumtimin tonë i kishin bërë kontrollat e parapara sipas këtij Udhërrëfyesi. Duke ditur se në bazë të Udhërrëfyesit për mbrojtjen antenatale gjatë zhvillimit normal të shtatzanisë duhet bërë 3 kontrolla ultrasonografike, atëherë mund të konstatojmë nga shënimet e lartëcekura se 93.5% të shtatzënave të anketuara kishin bërë më shumë kontrolla ultrasonografike se sa ishte paraparë me Udhërrëfyes, kësaj dukurie mendoj se i ka kontribuar si personeli shëndetsor sidomos në institucionet private shëndetsore për qëllime materiale, po ashtu edhe vet shtatzënat të cilat shpesh e konsiderojnë kontrollën me ultratinguj si diçka të mjaftueshme për kujdesin antenatal, si diçka që i zgjedh të gjitha problemet, e kjo është një gabim shumë i madh i tyre. Pasi që në Objektivat zhvillimore të Mileniumit deri në vitin 2015 është Redukimi i normës së vdekshmërisë feminare dhe Përmirsimi i shëndetit të nënës është bërë krahasimi i mortalitetit perinatal dhe mortalitetit maternal, në Kosovë dhe Shqipëri gjatë viteve 2011-2013 me këtë rast vërejmë se kemi një rritje të mortalitetit perinatal nga 1.6 promil (Numri i foshnjeve të vdekura në 1000 lindje) sa ishte në vitin 2011, në 3.5 promil gjatë vitit 2013. Në anën tjetër në nivel vendi në Kosovë kemi një rënje të mortalitetit perinatal nga 17.8 promil sa ishte në vitin 2011, në 15.1 promil gjatë vitit 2013. E njejta dukuri vërehet edhe në Shqipëri ku në vitin 2011 vdekshmëria foshnjore kapte shifrën 15.1, kurse në vitin 2013 kishte rënë në 12.8 promil. Nga kjo që u cek më lartë vërejmë se qëndron shumë me keq përse i përket mortalitetit perinatal se sa Kosova në tërësi dhe Shqipëria dhe aq më keq kur kemi parasysh faktin se nga referohen në QKUK (Qendra Klinike Universitare e Kosovës) të gjitha lindjet me rrezikshmëri të lartë si dhe faktin tjetër ku numri i lindjeve në këtë Spital është shumë herë më i vogël se në Kosovë në tërësi. Sa i përket mortalitetit maternal nuk është shënuar asnjë rast i vdekshmërisë maternale gjatë viteve 2011-2013, për dallim nga Kosova ku gjatë vitit 2011 ishte 7.2 prodecimil (Numri i shtatzënave të vdekura në 100000 lindje), në vitin 2012 kishte rritje 14.2, por që në vitin 2013 nuk kishte asnjë rast. Në Shqipëri kemi një rritje të mortalitetit maternal nga 5.8 prodecimil sa ishte në vitin 2011, në 11.8 gjatë viti 2013. Duke

pas parasysh faktin se Mortaliteti perinatal dhe Mortaliteti maternal janë indikator të mbrojtjes antenatale të një vendi të caktuar atëherë mund të konstatojmë se sa i përket Mortalitetit perinatal qëndron më keq se sa Kosova në nivel vendi si dhe Shqipëria, përdallim nga Mortaliteti maternal ku gjatë viteve 2011-2013 nuk është shënuar asnjë rast i vdekshmërisë maternale. Duke pas parasysh faktin se vlera mesatare e mortalitetit perinatal është 10 promil, atëherë mbetet për të bërë ende shumë punë për të ju ofruar kësaj shifre e po ashtu edhe në Kosovë dhe Shqipëri në tërësi. Një dukuri tjetër brengosëse që ka marrë epitetin “Epidemia e prerjeve cezariene” është rritja e numrit të lindjeve me SC (prerje cezariene). Kështu derisa gjatë vitit 2011 kishim 6.3% të lindjeve me SC. në vitin 2013 kjo përqindje u rrit në 7.5% edhe pse lindjet me rrezikshmëri të lartë referohen në QKUK në Prishtinë. Rritje të lindjeve me SC. në nivel vendi kishim edhe në Kosovë; kështu derisa në vitin 2011 kishim 21.7%, në vitin 2013 kjo shifër arriti, në 24.6%. Kjo dukuri kohët e fundit po paraqet problem madje edhe në vendet e zhvilluara kështu p.sh., në SHBA në disa institucione, përqindja e lindjeve me prerje cesariene arrin në 35%. Sipas një standardi të OBSH, përqindja e lindjeve me prerje cesariene duhet të sillet prej 5-15%. Në institucionet shëndetsore të cilat kanë më pak se 5%,apo më shumë se 15% të lindjeve me prerje cesariene mund të thuhet se mbrojtja antenatale nuk është në nivelin e duhur. Nga të dhënat e lartë cekura atëherë mund të konstatojmë se kjo mbrojtje antenatale nuk është në nivel të duhur në Kosovë, Shqipëri dhe shumë vende tjera pasi që shifra e lindjeve me prerje cesariene tejkalon këtë përqindje.

Sa i përket Spitalit të Ferizajt, përqindja e lindjeve me prerje cesariene është në kuadër të standardeve të OBSH, por duhet cekur se në këtë Spital bëhen vetëm prerjet cesariene elektive, për shkak të mungesës së stafit të kompletuar gjatë kujdestarisë dhe hapsirës së objektit. Mendohet se janë të shumta arsyet për rritjen e lindjeve me prerje cesariene, por konsiderohen si ndikuese të mëdha edhe lindja e mëparshme me prerje cesariene, frika e Obstetërve për ndjekje penale për shkak të ndonjë lëndimi të papritur të fëmijut apo nënës gjatë lindjes normale, dëshira e nënës që mos ti ndjej dhimbjet e lindjes, keqpërdorimet e stafit mjekësor për përfitime materiale sidomos në praktikën private. Mendoj se këto arsye do të zvogëloheshin shumë, kur në njërin anë stafi mjekësor do të ndërgjegjësohej më shumë, por edhe në anën tjetër shtatzënat lindjen do të duhej ta kuptonin si diçka fiziologjike, të shkonin në lindje të pregaditura psikofizikisht, të shkonin në lindje për ta “sakrifikuar” veten për dobinë e të porsalindurit, të bashkëpunonin me personelin shëndësor. Fatkeqësisht mund të

konstatojmë nga përvoja profesionale se në lindore tona më se 90% të shtatzënave vjen të papregaditura psikofizikisht, shumë prej tyre deri sa ndodh lindja brengosen vetëm për vete, dojë të kenë sa më shumë komoditet, të kenë sa më pak dhimbje d.m.th., diçka që është e pamundur për procesin e lindjes. Tek kur të ndodh lindja atëherë fillojnë të brengosen për foshnjën e tyre, të gjitha këto flasin për një edukim të varfër shëndetësor lidhur me këtë proces fiziologjik. Nga praktika është vërtetuar se sa më i madh të jetë bashkëpunimi në lindje mes personelit shëndetësor në njërin anë dhe shtatzënës në anën tjetër, sukcesi për një lindje normale është më i madh dhe e kundërta, sa më i dobët të jetë ky bashkëpunim, shanset për të përfunduar lindja me ndonjë intervenim obstetrik janë të mëdha shpesh edhe me pasoja për frytin, apo edhe për nënën. Nënat për hir të komoditetit të tyre shpesh kërkojnë vullnetarisht që lindja të bëhet me prerje cesariane pa qenë të vetëdijshme për pasojat e këtij intervenimi. Edhe pse në dukje të parë ky intervenim kirurgjik bëhet në mënyrë rutinore në institucionet spitalore, megjithatë ai ka edhe pasojat e veta.

Po i cekim vetëm disa:

1. Gjatë këtij intervenimi kirurgjik pa dashje mund të vie ndonjë lëndim i mëshikzës së urinës, ureterit etj.
2. Deri sa gjakderdhja te një lindje normale maksimalisht mund të shkaktojë humbje deri 500 ml gjak, gjatë lindjes me prerje cesariane, humbet një litër gjak, kjo vlen vetëm për rastet kur nuk ndodh ndonjë komplikim i papritur.
3. Te lindjet normale, shtatzëna pas 24 orëve shkon në shtëpi, kurse te ato me prerje cesariane së paku duhet me qëndruar 4 ditë në spital, pa i llogarit komplikacionet e papritura që mund ta prolongojnë shumë qëndrimin spitalor. Në një studim të bërë në Kroaci gjatë periudhës 1981 deri në vitin 2000, është konstatuar se prej 44808 lindjeve që janë bërë me prerje cesariane, kanë vdekë 25 shtatzëna dmth. 55.8 prodecimil (55.8/100000), kurse në të njëjtën periudhë prej 419696 lindjeve normale, kanë vdekë 21 shtatzëna dmth. 5 prodecimil (5.0/100000) nga ky studim konstatojmë se vdekshmëria maternale te lindjet me prerje cesariane është për 10 herë më e lartë se te lindjet normale.

6. REKOMANDIME

- Në Starategjinë Sektoriale Shëndetësore dhe në dokumentete tjera, mbrojtja shëndetësore e nënave dhe fëmijëve është prioritet, andaj mbrojtjes shëndetësore të shtatëzanave duhet kushtuar edhe më tepër kujdes, nga shoqëria, komuniteti dhe profesionistët shëndetësor
- Të bëhen kontrolla të rregullta te gjinekologu nga shtatëzenat,
- Të hartohen strategji për edukimin shëndetësor të nënave të reja,
- Të promovohet ushqim i shëndetshëm për shtatëzëna.
- Të trajnohen mamit dhe mjekët lidhur me mbrojtjen shëndetësore të shtatëzënave.

7. REZYME

Hyrje – Shtatëzënia (në mjekësi përdoret edhe shprehja graviditet nga lat. graviditas) është periudha kohore, gjatë së cilës në trupin e femrës një qelizë vezore e fekunduar zhvillohet deri në një foshnje. Tek njerëzit shtatëzënia zgjat afro 40 javë duke llogaritur prej kohës së ciklit të fundit menstrual dhe lindjes (38 javë që nga fertilizacioni).

Qëllimi dhe objektivat – e këtij punimi janë, zgjerimi i njohurive për shtatëzënin, ndryshimet të cilat ndodhin në organizmin e shtatëzënave dhe mbrojtjen shëndetësore të tyre. Gjithashtu, dëshirojmë të ndikojmë në vetëdijësimin e nënave dhe personelit shëndetësor për rëndësinë e mbrojtjes shëndetësore të shtatëzënave.

Metodologjia – Për realizimin e këtij punimi është përdorur metoda e rishikimit të literatures. Ku të gjitha informacionet janë dhënë nëpërmjet librave dhe referencave kombëtare dhe ndërkombëtare.

Përfundim - Reformat e ndryshme që prekin sistemin shëndetësor dhe problematikat e shumta që shëndetësia mbart, bën që roli i punonjësit ri-prodhues të jetë ende i pastabilizuar në strukturat shëndetësore. Mungesa e studimeve të mirëfillta për mbështetjen psiko-sociale në mjediset shëndetësore është një tjetër element që duhet vlerësuar, pasi studime të tilla do në na jepnin mundësi për të njohur edhe më mirë situatën e këtij shërbimi dhe nevojat për ndërhyrje.

Fjalë kyçe – mbrojtja shëndetësore e shtatëzënave, shëndeti i nënës, rëndësia-mjekimi i aspektit shëndetësor, metoda e rishikimit të literatures, ri-prodhimi.

8. RESUME

Introduction – Pregnancy (in pregnancy) is the time period during which a fecal ovary cell grows up to a baby in the female body. In pregnancy, it lasts about 40 weeks from the time of the last menstrual cycle and birth (38 weeks since fertilization).

Purpose and Objectives – The purpose and objectives of this paper are to extend the knowledge about pregnancy, the changes occurring in the pregnancy organization and their health care. We also want to influence the awareness of mothers and health personnel on the importance of the health protection of pregnant women.

Methodology – For the purpose of this paper, the method of reviewing the literature is used. Where all the information is provided through national and international book and national reference books.

Conclusion – Various reforms affecting the healthcare system and the many issues that health care carries brings the role of re-producer to be still unstable in healthcare structures. The lack of proper studies on psycho-social support in healthcare facilities is another element to be considered, as such studies will give us the opportunity to better understand the situation of this service and the need for intervention.

Keywords – pregnancy health protection, maternal health, importance-health treatment, literature review method, re-production.

Biografi e kandidates – CV (Curriculum Vitae)

Informatat personale:	
Emri dhe Mbiemri	Ornela HAJDARAJ
Datëlindja	05.05.1995
Gjinia	Femër
Nr. Personal	J45505126Q
Të dhënat kontaktuese:	
Nr. Tel:	+38345985948
Adresa	Kernaj, Tropojë
Emaili	ornelahajdaraj@gmail.com
Të dhënat e kualifikimit:	
Shkolla 9 vjeçare	“Hysni Zajmi ” Kernaj
Shkolla e mesme e lartë	“Hysni Zajmi”Gjakovë Drejtimi – MAMI
Universiteti	Universiteti i Gjakivës “ Fehmi Agani”
Fakulteti	Fakulteti i Mjekësisë
Programi	Mami
Statusi	E rregullt
Nr. ID	130305009

9. LITERATURA

1. Andrea Gudha “Manual teknik, infermierja në shërbimin spitalor”, fq. 22, Tiranë.
2. B. Markesinis, S. Deakin & A. Johnston, Markesinis & Deakin’s Tort Law, fq.267-268
3. Cruzan, 760 S.W.2d fq. 422.
4. Geriatric Staff Nurse ([http://explorehealthcareers.org/en/Career/151/Geriatric Staff Nurse](http://explorehealthcareers.org/en/Career/151/Geriatric%20Staff%20Nurse)).
5. H. v. Norway ECtHR.
6. <http://telegrafi.com/roli-infermierise-ne-sigurine-dhe-kujdesin-e-pacientit>.
7. J.D.J. Harvard, ‘Legal Regulation of Medical Practice – Decisions of Life and Death: A Discussion Paper’ (1982) J Roy Soc Med 351, fq.354.
8. J.K. Mason & R.A. McCall Smith, Law and Medical Ethics (London: Butterworths, 5th, 1999) .
9. Jan Reed, Charlotte Clarke and Ann Macfarlane “Nursing Older Adults”, fq.164, New York, 2012.
10. Jinger G. Hoop , Tony DiPasquale , Juan M. Hernandez & Laura Weiss Roberts - Medical College of Wisconsin Ethics and Culture in Mental Health Care, Ethics & Behavior, 2008.
11. John Hostler - Journal of medical ethics, 1977, 3, fq. 144
12. K. Paterson, ‘Introduction’ in K. Paterson (ed) Law & Medicine (Bundoora, Australia: La Trobe University Press, 1994), fq.1-2
13. Kodi Deantologjik Infermieror, Tiranë, 2012 (www.qsut.gov.al).
14. Lynda Juall Carpenito “Nursing Diagnosis”, fq. 83, London 2009.
15. Mark R. Ensign, Attorney and Counselor, “Çështjet etike dhe shtatzënat” , 2003. ([http://www.ensignlaw.com/Ethical Issues and Elderly](http://www.ensignlaw.com/Ethical%20Issues%20and%20Elderly))
16. Naim Jerliu, Ervin Tocci, Naser Ramadani, Genc Burazeri, Helmut Brand, “Prevalence and socioeconomic correlates of chronic morbidity among elderly people in Kosovo: a population-based survey”. (www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599090)
17. Ornela Xhangolli Dervishi “Komunikimi infermier-pacient, thelbësor për një shërbim efektiv”, Tiranë, 2015.
18. Petraq Simo “Psikologjia e shëndetit”, fq, 124, Tiranë, 2008.

19. Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania v. Casey, 505 U.S. 833, 852 (1992).
20. Roe v. Wade, 410 U.S. 113 (1973); Doe v. Bolton, 410 U.S. 179 (1973); United States v. Vuitch, 402 U.S. 62 (1971).
21. S.A.M. McLean A Patient's Right to Know (Aldershot: Dartmouth, 1989), fq.3
22. Scott f. Gilbert, Developmental Biology 827 (Botimi i 5-të, 1997).
23. Shih A.B. and C. v. Ireland (ECtHR).
24. Shih Vo .v Francës (ECtHR - Shih HUDOC - Databazi i Gjykatës Europiane për të Drejtat e Njeriut)
25. Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. J Public Health Policy.1992;13:267– 76. [PubMed] : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3326808/>
26. Who's Right to Life - Women's Rights and Prenatal Protections under Human Rights and Comparative Law, http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/RTL_3%2014%2012.pdf.
27. 27. X v. the United Kingdom (ECtHR).