

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “ FEHMI AGANI”
FAKULTETI I MJEKËSISË
DREJTIMI-INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

**TEMA: KUJDESI INFERMIEROR NDAJ TË MOSHUAREVE ME SËMUNDJE
OBSTRUKTIVE RESPIRATORE**

Mentori:

Prof. Dr. Ramush Bejqi

Kandidatja:

Erdonita Halilaj

GJAKOVË, 2017

Abstrakti

Në këtë punim do të trajtojmë disa aspekte të ndryshme të sëmundjeve obstruktive respiratore, në veçanti tek të moshuarit.

Objektivi i përgjithshëm i temës së diplomës është të ofrojmë njohuri për sëmundjet obstruktive respiratore që të ngrihet vetëdijesimi i popullatës për sëmundjet respiratore që dita ditës po bëhen problem i madh për shëndetin dhe mirëqenien e individëve. Njohja e sëmundjes është shumë e rëndësishme në procesin e parandalimit dhe trajtimit të sëmundjes si: njohja e simptomave të sëmundjes, njohja e shkaktarëve të sëmundjes si

dhe faktorët specifike që ndikojnë në paraqitjen e sëmundjeve obstruktive respiratore.

Objektivi specifik i punimit është të krijojmë njohuri rreth mënyrës së trajtimit dhe diagnostikimit të këtyre sëmundjeve dhe masat që duhet të merren nga secili individ në veçanti. Njoftimi me kohë për sëmundjen ka rol të rëndësishëm, sepse edhe procesi i trajtimit do ishte më i lehtë.

Një tjetër objektivi specifik i punimit është roli i infermieres në trajtimin dhe menaxhimin e sëmundjeve obstruktive respiratore. Këto objektiva kanë të bëjnë veçanarisht për kujdesin dhe menaxhimin që duhet t'iu bëhet të sëmurëve më këto sëmundje.

Roli i infermierëve është shumë i rëndësishëm në këtë aspekt. Kjo do të thotë se me ofrimin e kujdesit adekuat nga ana e infermierëve dhe stafit mjekësor do të rritet edhe mirëqenia e pacientit.

Deklaratë studentore

Unë, Erdonita Halilaj, studente e Universitetit të Gjakovës, Fakultetit të Mjekësisë, Programi i Infermierisë, me përgjegjësi të plotë deklaroj se ky punim i temës është origjinal dhe e gjithë literatura dhe burimet, të cilat i kam shfrytëzuar nëpërmjet këtij punimi, janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

Falënderimet

Falënderoj familjen time për mbështetjen shpirtërore dhe financiare, për përkrahjen dhe dashurin; si dhe vullnetin që kanë ofruar përgjatë këtyre viteve studimi dhe rreth përgatitjes së temës së diplomës.

Falënderim i veçantë shkon për mentorin tim, Prof. Dr Ramush Bejiqi, që më pranoi këtë temë po ashtu për sqarimet dhe njohuritë e shumta rreth këtij punimi.

Patjetër që i falënderoj edhe të gjithë profesorët e Fakultetit të Mjekësisë për edukimin dhe përgatitjen profesionale gjatë këtyre viteve të studimeve.

Përmbajtja

I.Hyrje.....	8
II.Qëllimi.....	9
III.Metodologjia.....	9
Kapitulli	
I.....	10
1.1. Anatomia e sistemit respirator.....	10
Kapitulli II- Sëmundjet obstruktive respiratore.....	
2.1. Astma	
bronkiale.....	12
2.1.1. Prevalenca.....	12
2.1.2. Etiologjia.....	13
2.1.3. Patogjeneza.....	16
2.1.4.	

Patologjia.....	16
2.1.5. Shenjat dhe simptomat e astmës bronkiale.....	16
2.1.6.	
Diagnoza.....	17
2.1.7.	
Trajtimi.....	17
2.1.8. Mjekimi i sulmit astmatik.....	18
2.1.9. Shërbimet e emergjences.....	18
2.1.10. Menaxhimi i astmës kronike.....	19
2.1.11. Astma në të moshuarit.....	20
2.1.12. Menagjimi i astmes.....	20
2.2.	
Bronkitet.....	21
2.2.1. Bronkiti akut.....	22
2.2.2. simptomat.....	22
2.2.3.	
Mjekimi.....	23
2.2.4. Bronkiti	

kronik.....	23
	2.2.5.
Simptomat.....	23
	2.2.6.
Diagnoza.....	24
	2.2.7.
Mjekimi.....	24
	2.2.8. Bronkiti obstruktiv akut dhe
	recidivius..... 25
	2.2.9.
Etiologjia.....	25
	2.2.10. Manifestimi klinik.....
 25
	Kapitulli III- Kujdesi
infirmieror.....	27
	3.1. Kujdesi infirmieror te pacientet me
astmë.....	27
	3.2. Kujdesi infirmieror te pacientet më
bronkit.....	28
	Kapitulli IV- Studim
rasti.....	29
4.1. Vlerësimi fillestar..... 29
	4.2. Diagnoza
infirmierore.....	30
	4.3.
Planifikimi.....

	. 30
	4.4.
Zbatimi.....	31
	4.5. Vlerësimi
përfundimtar.....	31
	Kapitulli
V.....	33
5.1.Rezultatet..... 33
	5.2.
Diskutimi.....	34
	5.3.
Konkluzionet.....	35
5.4.Rekomandime..... 36
	5.5.
Rezyme.....	37
	5.5.
Summary.....	38
Referencat..... 39
	Biografi e shkurtër e kandidatit-
CV.....	40

I. Hyrje

Sëmundjet obsruktive respiratore janë çrregullime kronike, të avancuara ngadal, dhe të karakterizuara me obstrukcione të rrugëve respiratore. Këto radhitën ndër sëmundjet më vdekjeprurëse në botë, nëse nuk mjekohen si duhet.

Ekzistojnë shumë faktorë që ndikojnë në paraqitjen e sëmundjeve obstruktive respiratore si: pirja e duhanit në mënyrë aktive dhe pasive, historia familjare e sëmundjes dhe ndotja e ajrit, ku tek astma mund të shkaktojë një atak astmatik.

Astma bronkiale është inflamacion kronik i bronkiolve që karakterizohet me ataqe të përsëritura të çrregullimit të frymëmarrjes dhe fishkëllimës.

Asma bronkiale është e pashërueshme, por ekzistojnë kushte dhe medikamente të volitshme për trajtimin dhe parandalimin e ataqeve astmatike.

Bronkiti është një sëmundje e rrugëve të frymëmarrjes, e cila shkakton pezmatim të membranës së mukozës së rrugëve bronkiale në mushkëri. Meqë membrana e irrituar gungëzohet dhe bëhet më e trashë, kjo i ngushton ose i mbyllë rrugët e vogla të frymëmarrjes në mushkëri, duke sjellë periudha të kollitjes që mund të shoqërohet nga gëlbaza dhe vështirësi në frymëmarrje.

II. Qëllimi i punimit

Qëllimi i punimit është që në mënyrë teorike dhe praktike të vërejmë ndryshimet e gjendjes shëndetësore te pacientët, sidomos tek të moshuarit, ku në vendin tonë ekziston një numër shumë i madh i të prekurve nga sëmundjet obstruktive respiratore.

Vlen të cekët së punimi në pjesën bazë ka një strukturë që flet për sëmundjet obstruktive respiratore në tërësi si dhe astmën dhe bronkitin në veçanti, pastaj për etiologjinë e sëmundjes, manifestimet klinike, mjekimin dhe trajtimin e sëmundjes.

Objektivat:

- Prezantimi i sëmundjes obstruktive si sëmundje më rëndësi mjekësore, sociale dhe shëndetësore.
- Prezantimi i manifestimit klinik të sëmundjes obstruktive respiratore.
- Roli i infermieres në kujdesin ndaj të sëmurëve më sëmundje obstruktive respiratore.
- Roli i infermieres në trajtimin e sëmundjes obstruktive respiratore.

III. Materiali dhe metodat

Duke e konsultuar literaturën në mënyrë taksative e kam prezantuar rolin e infermieres në diagnostikimin, udhëheqjen dhe trajtimin e pacientit të sëmurë me sëmundje obstruktive respirave. Në këtë punim është përdorur metoda e rishikimit të literaturës dhe studimi i rastit. Të dhënat janë marrë në Spitalin regjional “Isa Grezda”, në Repartin e Pulmologjisë, në Gjakovë.

Kapitulli I

1. Anatomia e sistemit respirator

Sistemi respirator nga ana anatomike ndahet në pjesën e sipërme dhe të poshtme të frymëmarrjes.

- Rrugët e sipërme të frymëmarrjes,
 - zgavra e hundës,
 - zgavra e gojës,
 - fyti.
- Rrugët e poshtme të frymëmarrjes,
 - laringu,
 - trakeja,
 - bronket,
 - mushkëritë.

Mushkëritë përfaqësojnë organet kryesore të frymëkëmbimit meqenëse në to kryhet këmbimi i gazrave. Mushkëritë janë të vendosura në mesin e kraharorit dhe janë të përbëra nga dy krah, i majti dhe i djathti.

Dallohen dy anë, e jashtme ose brinore dhe e brendshme, pastaj baza dhe maja. Në mes të anës së brendshme gjendet hyrja në mushkëri- hilusi, i cili shërben si hyrje në bronkun kryesor. Të krahu i djathtë i mushkërive dallohen 3 lobe, kurse të i majti 2 lobe. Çdo lob ndahet në pjesë më të vogla – lobuse – segmente, kurse këta në pjesë edhe më të vogla – lobuluse. Degët e lobuluseve përfundojnë me mëshikëza mushkërore-alveole të përshkuara në rrjetin e kapilarëve. Mushkëritë janë të mbështjella me cipë të dyfishtë, pleura e murit të kraharorit dhe pleura mushkërore.

Funksioni kryesor i mushkërisë është që të sigurojë një presion normal të oksigjenit në gjakun arterial.

Për të realizuar këtë duhet të funksionojnë këta mekanizma kryesore:

➤ Ventilimi i mushkërive, i cili kryhet më këmbimin e njëpasnjeshëm, që perbehet prej dy fazave:

- ¹- faza e frymëmarrjes (inspiration),

- faza e frymënxjerrjes (experiratio).

➤ Difuzioni ose këmbimi i gazrave në mushkëri,

➤ Perfuzioni ose transporti i oksigjenit në gjak,

Mekanizmi i adaptimit të ventilimit mushkëror realizohet nëpërmjet mekanizmit nervor dhe humoral.

¹E. Saraçini- H. Saraçini “Anatomia dhe fiziologjia e njeriut”

Kapitulli II

2. Sëmundjet obstruktive respiratore

Sëmundjet obstruktive respiratore janë grup sëmundjesh që shkaktojnë obstrukcion të rrugëve respiratore. Pirja e duhanit është faktori më i rëndësishëm për sëmundjet obstruktive respiratore. Këto sëmundje kanë tendencë familjare dhe kjo mund të jetë e lidhur me zakonet e pirjes së duhanit në familje.

2.1. Astma bronkiale

Astma bronkiale është një sindromë klinike me etiologji të panjohur e karakterizuar nga obstrukcioni i rrugëve të frymarrjes, i cili varion në mënyrë të theksuar si në mënyrë spontane ashtu dhe me mjekim.

Astmatikët zhvillojnë një lloj të veçantë inflamacioni në rrugët e frymarrjes, i cili i bënë ata të përgjigjen në mënyrë më të theksuar sesa jo astmatikët ndaj një shumë llojshmërie shpërthyesish, duke dërguar në një ngushtim të tepruar të rrugëve të frymëmarrjes dhe për rrjedhojë në një zvogëlim të fluksit të ajrit dhe shfaqjen e gulçimeve dhe dispensë. Ngushtimi i rrugëve të frymëmarrjes është kryesisht i rikthyeshëm, por në disa pacientë më astmë kronike mund të ketë elemente të obstrukcionit të parikthyeshëm.

2.1.1. Prevalenca

Astma është një nga sëmundjet kronike më të shpeshta në botë. Prevalenca e astmës është rritur në shtetet e pasura në 30 vitet e fundit, por tani duket sikur është stabilizuar më 10-12% të rriturit dhe 15% të fëmijët e prekur nga kjo sëmundje.

Prevalenca e topisë dhe sëmundjeve të tjera alergjike është rritur, gjithashtu gjatë së njëjtës periudhë, duke sugjeruar që arsyet e rritjes janë më shumë sisteme, sesa të kufizuara në mushkëri. Ky observim epidemiologjik sugjeron që ka një

numër maksimal individësh në një komunitet, të cilët janë më të rrezikuar të prekën nga astma, më shumë mundësi për shkak të predispozicionit gjenetik. Shumica e pacientëve më astmë në shtetet e zhvilluara janë atopikë, me sensibilizimin alergjik ndaj akarienëve të pluhurit të shtëpisë dhe alergjenëve të tjerë mjedisore.

Astma është e shpeshtë të duhanpirësit dhe njëkohësisht komplikohet nga efekte të duhanit në mushkëri; për këtë arsye është e vështirë të jesh i sigurt për historinë natyrore të sëmundjes të rriturit. Astma mund të shfaqet në çdo moshë më një pikë në moshën 3 vjeç. Në fëmijëri, meshkujt e prekur nga astma janë sa dyfishi i femrave, ndërsa në moshën madhore diferenca gjinore barazohet. Studime me afat të gjatë, që kanë ndjekur fëmijët deri sa të mbushin moshën 40 vjeç, sugjerojnë që shumë astmatik bëhen simptomatik gjatë adoleshencës, por te disa prej tyre astma rikthehet gjatë jetës, veçanërisht në fëmijet më simptoma të vazhdueshme dhe astmë të rëndë. Adultët me astmë, duke përfshirë edhe ata më fillim të simptomave në moshë të rritur, rrallë kthehen tërësisht simptomatik. Vdekjet nga astma janë të pazakonta dhe kanë qenë vazhdimisht në rënie në dhjetë vjeçarin e fundit në shumë vende të pasura. Faktorë madhor risku për vdekje nga astma janë mungesa e kontrollit të sëmundjes me përdorim të shpeshtë të bronkodilatorëve inhalore, mungesa e terapisë me kortikosterode dhe pranimi i mëparshëm në spital më astmë gati fatale. Ka qenë e vështirë arritja e marrëveshjes përse i përket përkufizimit të astmës, por është arritur konsensusi për përshkrimin e sindromës klinike dhe patologjinë e sëmundjes. Derisa mekanizmat etiologjikë të sëmundjes të kuptohen më mirë, do jetë e vështirë të gjendet një përkufizim më i saktë.

2.1.2. Etiologjia

Astma është një sëmundje heterogjene me ndërveprim të faktorëve gjenetik dhe mjedisor. Disa faktorë risku janë marrë në konsideratë.

Atopia, është faktori kryesor i riskut dhe individët joatopikë kanë një risk shumë më të vogël për të zhvilluar astmë. Atopia mund të hasët në 40-50% të popullsisë në shtetet e zhvilluara dhe vetëm një pjesë e individëve atopikë zhvillojnë astmë. Alergjenët që çojnë drejt sensibilizimit janë zakonisht proteina, të cilat kanë aktivitet proteazik, dhe alergjenët më të zakonshëm e kanë prejardhjen nga akarienët e pluhurit të

shtëpisë, qimet e qenit dhe maces, barërat dhe poleni i pemëve. Atopia vjen si pasojë e prodhimit të antitropave IgE të përcaktuar gjenetikisht, dhe shumë pacientë kanë histori familjare për sëmundje alergjike.

Infeksioni, megjithëse infeksionet virale janë shpërthyes të zakonshëm të acarimeve të astmës, është e paqartë nëse ato luajnë një rol në etiologji.

Faktorët gjenetikë, shoqërimi familjar i astmës, dëshmon për një predispozicion gjenetik të kësaj sëmundje. Megjithatë, nuk është e qartë nëse gjenet që predisponojnë për astmë janë të ngjashëm apo i shtohen atyre që predisponojnë për atopi. Tashmë duket e mundshme që gjene të ndryshme mund të kontribuojnë në mënyrë specifike për astmën. Gjithashtu po shtohen të dhëna që tregojnë se rëndësia e astmës përcaktohet gjenetikisht. Depistimet gjenetike të kryera me analizën klasike të veçanta të gjeneve të ndryshme tregojnë se astma është poligjenike dhe se secili nga gjeni i identifikuar ka një efekt të vogël, i cili në popullata të ndryshme shpesh nuk replikohet. Ky observim tregon që ndërveprimi midis shumë gjeneve është i rëndësishëm. Kjo mund të jetë e ndryshme në popullata të ndryshme.

Faktorët mjedisorë, prevalenca e rritur e astmës, veçanërisht në vendet në zhvillim, në dhjetë vjeçarët e fundit tregojnë për rëndësinë e ndërveprimit të mekanizmave mjedisorë me predispozicionin gjenetik.

Hipoteza e higjienës, observimi i bërë që sensibilizimi alergjik dhe astma të ishin më pak të zakonshme në fëmijët më vëllezër më të mëdhenj fillimisht sugjeroj që nivelet e ulura të infeksionit mund të jenë një faktor, i cili rrit riskun e astmës në shoqëritë e zhvilluara. Infeksionet intestinale nga parazitët, gjithashtu, mund të shoqërohen me risk të ulur për astme. Megjithëse ka mbështetje të fortë epidemiologjike për hipotezën e higjienës, ajo nuk mund të shpjegojë për sëmundjet që nxisin në mënyrë paralele astmën.

Dieta, roli i faktorëve distike është i diskutueshëm. Studimet vëzhguese kanë treguar që dietat e varfëra në antioksidante, si vitamina A dhe C, magneziumi, acidet yndyrore të pangopura omega 3(vaji i peshkut), ose të pasura me natrium dhe acide yndyrore të pagopura omega 6, janë të shoqëruara më një risk të rritur për të zhvilluar astme. Megjithatë, studimet intervencionuese nuk kanë vërtetuar një rol të rëndësishëm të këtyre faktorëve distike. Obeziteti është gjithashtu, një faktor risku për astmën, veçanërisht te femrat, por mekanizmat mbetën të panjohur.

Ndotja e ajrit, nuk ka dyshime që ndotësit e ajrit si dioksidi i sulfurit, molekulat e ajrit, mund të shpeshtojnë simptomat e astmës, por roli i ndotjes së ajrit në etiologjinë e sëmundjes është më pak i sigurt. Shumica e provave nuk janë në mbështetje të një roli të rëndësishëm të ndotjes mjedisore pasi astma nuk ka prevalencë më të madhe në qytet më ndotje të lartë të ajrit, në krahasim me zonat rurale më nivel të ulët të ndotjes. Ndotja e mjedisit të brendshëm të shtëpisë mund të jetë më e rëndësishme kur kemi ekspozim ndaj oksideve të oksigjenit nga dhomat e gatimit dhe ekspozimit ndaj duhanpirjes pasive. Ka të dhëna që sugjerojnë që pirja e duhanit nga nëna është faktor risku për astmën, por është e vështirë të ndash atë nga rritja e riskut për infeksione respiratore.

Duhanpirja, afërsisht 20% e astmatikëve pinë duhan, i cili mund të ndikojë për keq te astma në disa mënyra. Astmatikët duhanpirës kanë sëmundje më të rëndë, pranime në spital më të shpeshta, një ulje më të shpeshtë të funksioneve pulmonare, dhe një risk më të lartë të vdekjes nga astma, sesa astmatikët jopërdorues të duhanit. Ka të dhëna që duhani ndërvepron më veprimet antiinflamatore të kortikosteroideve, dhe në këtë mënyrë pacientët kanë nevojë për doza më të mëdha për mbajtjen e kontrollit të astmës. Lënia e duhanit përmirëson funksionet pulmonare dhe ndryshon rezistencën ndaj steroideve, në këtë mënyrë duhet marrë strategji për lënien e duhanit. Disa pacientë raportojnë një përkeqësim të përkoshëm të astmës kur ata provojnë ta lënë duhanin për herë të parë, kjo gjë mund të ketë të bëjë më humbjen e efektit të bronkodilatatorëve të oksidit nitrik në tymin e duhanit.

Akarienet, alergjenët e frymëmarrjes janë nxitës të zakonshëm për simptomat e astmës dhe janë akuzuar për sensibilizim alergjik. Ekspozimi ndaj akarieneve të pluhurit të shtëpisë në fëmijërinë e hershme është një faktor risku për sensibilizimin alergjik dhe astmën, por shmangia e kujdesshme e alergjenëve nuk ka treguar ndonjë provë për uljen e riskut të shfaqjes së astmës. Kafshët shtëpiake, si për shembull macet, gjithashtu, janë shoqëruar më sensibilizim alergjik, por ekspozimi i hershëm i maceve në shtëpi mund të jetë mbrojtës nëpërmjet induktimit të tolerancës.

Ekspozimi profesional, astma profesionale është relativisht e zakonshme dhe mund të prekë deri në 10% të rinjet. Janë identifikuar mbi 200 agjentë sensibilizues. Kemikatet si didocianti i toluenit dhe anhidriti trimetilik mund të çojnë në sensibilizim, pavarësisht

faktit që individi është atopik apo jo. Individët mundën, gjithashtu, të ekspozohen ndaj alergjenëve në mjedisin e punës. **Faktorët të tjerë**, shumë faktorë të tjerë janë përfshirë në etiologjinë e astmës, duke përfshirë moshën e vogël maternale, kohëzgjatjen e ushqyerjes më gjatë, prematuritetin dhe peshën e vogël në lindje. Është parë një incidencë e sëmundjeve obstruktive respiratore në përdorimin e paracetamolit, por mbetet e pa shpjeguar.

2.1.3. Patogjeneza

Astma lidhet më një inflamacion kronik specifik të mukozës të rrugëve të poshtme të frymëmarrjes. Një nga çrregullimet kryesore të mjekimit është ulja e këtij inflamacioni.

2.1.4. Patologjia

Patologjia e astmës është zbuluar nëpërmjet ekzaminimit të mushkërive në autopsitë e pacientëve që kanë vdekur nga astma dhe nga biopsitë bronkiale në pacientët me astmë të lehtë.

Shkalla e inflamacionit nuk është e lidhur me ashpërsinë e sëmundjes dhe mund të gjendet në pacientët atopikë, të cilët nuk kanë simptoma të astmës dhe inflamacion të ulët nga trajtimi me ICSs.

Një gjetje karakteristike është trashja e membranës bazale në sajë të depozitimit subepitelial të kolagenit. Kjo karakteristikë shikohet, gjithashtu te pacientët më bronkit. Muri i rrugëve të frymëmarrjes mund të jetë i trashur dhe edematoz, veçanërisht në astmën vdekjeprurëse. Një gjetje tjetër e zakonshme në astmën vdekjeprurëse është mbyllja e lumenit të rrugëve të frymëmarrjes nga një tapë mukoze, e cila përbëhet nga glikoproteinat të sekretuara nga qelizat goblet dhe nga proteinat plazmatike që rrjedhin nga enët bronkiale.

Patologjia e astmës është shumë uniforme në tipe të ndryshme të astmës, duke përfshirë astmën atopike, joatopike, profesionale, nga aspirina dhe pediatrike. Këto ndryshime patologjike gjenden në të gjitha rrugët e frymëmarrjes, por nuk shtrihen veçanërisht në pacientët më astmë të rëndë.

2.1.5. Shenjat dhe simptomat e astmës bronkiale

Shenjat dhe simptomat e astmës bronkiale janë ngulqimet, dispnea dhe kolla të cilat variojnë si spontanisht ashtu edhe më terapi. Simptomat mund të keqësohen natën, dhe pacientet zgjohen në orët e para të mëngjesit. Pacientët mund të raportojnë për vështirësi në mbushjen e mushkërive më ajër, që është vështirë për t'u nxjerrë me gëlbazë. Mund të ketë rritje të ventilimit dhe përdorim të muskujve anësor. Simptomat e pashpjegueshme mund të paraprijnë në krize. Shenjat fizike tipike janë ronke inspiratore dhe një shkallë e lartë e ronkev ekspiratore që dëgjohen në të gjithë kraharonin dhe gjithashtu mund të ketë edhe ngopje pulmonare. Disa pacientë, në veçanti të fëmijët, mund të paraqitën me mbizotërim të kollës jo produktive që gjatë ekzaminimit fizik mund të kemi shenja të tjera që do të vërehen në kontroll.

2.1.6. Diagnoza

Është e qartë kur kemi simptomat e obstruksionit, por zakonisht konfirmohet nga matjet objektive me anë të provave funksionale pulmonare.

- Provat funksionale pulmonare- spirometria e thjeshtë, e cila konfirmon kufizimin,
- Hipëraktiviteti i rrugëve të frymëmarrjes- rritja e AHR matet normalisht më anë të provës së histamines ose metanoline,
- Ekzaminimet hematologjike- ekzaminimet e gjakut zakonisht nuk japin ndonjë ndihmë,
- Imazheria- radigrafia e toraksit zakonisht është normale, por mund të tregojë mushkëri të ngopura në pacientët e sëmurë rëndë,
- Provat kutane- pergjigja positive në provat kutane mund të jetë e dobishme për bindjen e pacientëve për të ju nënshtuar masave për të shmangur alergjenet.

2.1.7. Trajtimi

Pjesa më e madhe e pacientëve trajtohen nga internistët me terapi efektive dhe të sigurta. Terapia ka disa synime. Theksi është vënë në terapinë medikamentoze, por janë përdorur,

gjithashtu, disa qasje të tjera jofarmakologjike. ²

Barnat kryesore që përdoren për astmën ndahen në dy grupe: barnat me veprim të shpejtë për lehtësim të simptomave dhe barnat për kontroll afatgjatë të astmës.

I- Barnat me veprim të shpejtë për lehtësimin e simptomave janë: β -2 agonistët me veprim të shkurtër dhe bronkodilatatorët e tjerë.

1. β -2 agonistët
2. Antikolinergjikët
3. Metilksantinët
4. Antihistaminikët
5. Kortikosteroidet
6. Adrenalina

II Barnat për kontroll afatgjatë të astmës

1. Kromolina dhe Nedokromila
2. Kortikosteroidët
3. Antagonistët e leukotrienëve
4. β -2 agonistët me veprim të zgjatur
5. Metilksantinët
6. Imunomodulatorët

2.1.8. Mjekimi i sulmit astmatik

Mjekimi i sulmit astmatik përfshinë:

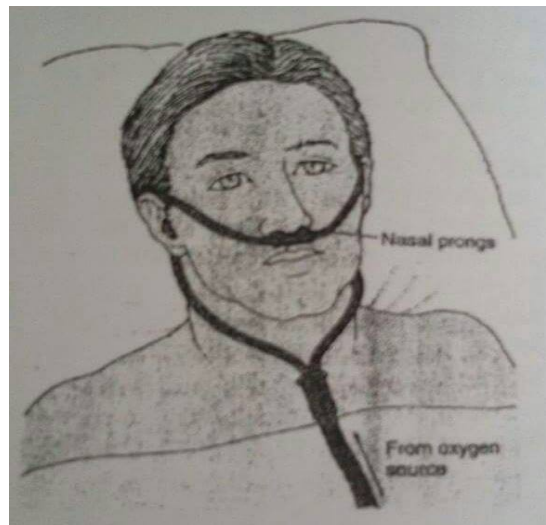
- mjekimin e hipoksisë,
- mjekimin e bronkoobstruksionit,
- mjekimin e inflamacionit të rrugëve të traktit të frymëmarrjes,
- parandalimin e episodit të ardhshëm.

²Harrison "PARIMET E MJEKËSISË INTERNE"

2.1.9. Shërbimet e emergjencës

- Inhalimi me β -2 agonistë si dhe të provohet kombinimi i β -2 agonistëve me ipratropium, kombinimin e β -2 agonistëve me ipratropium bromide në formë nebulizimi, nëse pas dhënies së parë të β -2 agonistëve përgjigjia nuk është e mirë,
- Dhënia e oksigjenit që të arrihet saturimi mbi 95%,
- Dhënia e kortikosteroideve në mënyrë parenterale,
- Në raste të rënda jepet epinefrinë (adrenalinë) në mënyrë intramuskulare.

3



4

Fig 2. Përdorimi i maskës së oksigjenit

2.1.10. Mjekimi ne kujdesin intensiv

Mjekimi në kujdesin intensive konsiston në dhënien e këtyre barnave dhe marrjen e këtyre masave:

- Oksigjenoterapia,
- Inhalimi i β -2 agonistëve, antikolinergjikëve,
- Dhënia subkutane, intramuskulare, intravenoze e β -2 agonistëve (sipas nevojë),

3Mehmedali Azemi & Mujë Shala me bashkëpunorë "PEDIATRIA" Prishtinë,2010

4E.Peka, L.Neqaj, E.Bustami, D. Bega, A. Imami-Leqaj, M. Qela , A. Dervishi, V. Zanaj, V.Mane "INFERMISTIKA NË SPECIALITETE" Universiteti I Tiranës-Fakulteti I Infermierisë

- Kortikosteroidet sistem,
- Aminofilina në mënyrë intravenoze,
- Dhënia e Sulfatit të Magnezit në dozë 25-75 mg/kg të masës trupore, maksimumi 2.5 g, në mënyrë intravenoze për 20 minuta,
- Inhalimi me Heliox,
- Ventilimi mekanik.⁵

2.1.11. Menaxhimi i astmës kronike

Terapia kronike e astmës ka disa synime. Është e rëndësishme vendosja e diagnozës objektive më anë të simptomave ose matjes se PEF në shtëpi. Faktorët nxitës që përkeqësojnë kontrollin e astmës si alergjenët ose agjentët profesional, duhen evituar, ndërsa nxitësit e tjerë si ushtrimet dhe mjegulla, të cilët çojnë në simptoma të përkohshme, janë tregues për nevojën e shtimit të terapisë kontrolluese.

2.1.12. Astma në të moshuarit

Astma mund të fillojë në çdo moshë, duke përfshirë edhe pacientët e moshuar. Parimet e mjekimit janë të njëjta si te pacientët e tjerë astmatik, por efektet anësore të terapisë mund të jenë problematike, dukë përfshirë barnat muskulare me β_2 - agonistët dhe efektet e tjera sistemike. Sëmundjet shoqëruese janë më të shpeshta në këtë grupmoshe, dhe ndërveprimet me medikamente të tilla si β_2 –bllokuesit, frenuesit e CO₂ dhe agjentët që mund të ndërhyjnë në metabolizmin e teofilinës duhet të merren në konsideratë. Një provë me kortikosteroide orale mund të jetë shumë e dobishme në dokumentimin e reagimit ndaj steroideve.⁶

2.2. Bronkitet

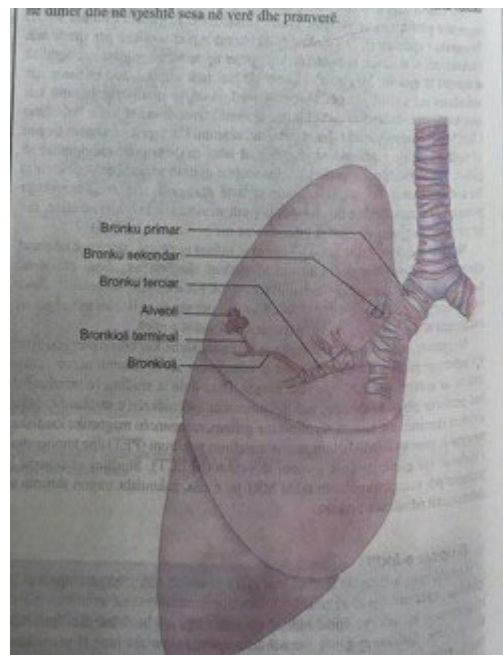
Bronkiti është sëmundje e rrugëve të frymëmarrjes dhe shkakton inflamim (pezmatim) të

⁵Mehmedali Azemi & Mujë Shala me bashkëpunorë “PEDIATRIA” Prishtinë,2010

⁶Harrison “PARIMET E MJEKËSISË INTERNE”

membranës së mukozës të rrugëve bronkiale në mushkëri. Meqë membrana e irrituar gungëzohet dhe bëhet më e trashë, kjo i ngushton ose i mbyllë rrugët e vogla të frymëmarrjes në mushkëri, duke sjellë periudha të kollitjes që mund të shoqërohen nga gëlbaza dhe vështirësi në frymëmarrje.

Bronkiti paraqitet në formë të: bronkitit akut, kronik dhe obstruktiv⁷.



8

Fig 2. Paraqitja e bronkitit

2.2.1. Bronkiti akut

Bronkiti akut karakterizohet nga zhvillimi i kollës, me ose pa prodhim të pështymës, mukozë që nxirret përmes kollës prej traktit respirator. Shkaktarët janë të njëjtë me ata të rrugëve të sipërme, ose të poshtme të frymëmarrjes si: adenoviruset, virusi respirator

⁷Mehmedali Azemi & Mujë Shala me bashkëpunëtorë “PEDIATRIA” Prishtinë,2010

8. Arend Armitage Clemmons Drazen Giggs LaRusso “ TRAKTATI MJEKSORË I CECILIT”. oldman Ausiello

sinicial, virusi i influencës dhe virusi i parainfluencës.

2.2.2. Simptomat dhe diagnoza

Kolla është simptoma kryesore që e përcjell bronkitin akut, ajo është e thatë me fillim të ngadalshëm, zakonisht 3-4 ditë pas fillimit të rinitit. Brenda disa ditëve kolla bëhet produktive, në fillim me sekret seroz, i cili pastaj kalon në purulent. Brenda 5-10 ditëve sputumi hollohet dhe zhdukët. I sëmuri është i zbehtë, i plogësht, ndonjëherë ankohet në dhimbje në pjesën e përparme të krahavorit, zakonisht gjatë kollës. Meqenëse është e shoqëruar me infeksione të rrugëve të sipërme, ose të poshtme të frymëmarrjes, atëherë janë të shoqëruara këto simptoma: i sëmuri është afebril ose më temperaturë lehtë të ngritur trupore dhe ka manifestime klinike të rinofaringit dhe konjuktivitit. Në auskultim dëgjohet frymëmarrja e ashpërsuar më kërcitje të hershme inspiratore. Në radiografinë e mushkërive në fazën fillestare vizatimi është i theksuar. Hemogrami dhe sendimentimi i eritrociteve nuk janë karakteristikë për sëmundjen. Te bronkiti akut nëse kolla presiston, mund të vijnë në konsiderim në diagnozë diferenciale. Ndërlikimet mund të paraqiten te personat me imunitet të kompromentuar, në formë të otitit, sinusitit dhe pneumonisë, nëse bronkiti akut është i shoqëruar më infeksione të rrugëve të sipërme të traktit të frymëmarrjes.

2.2.3. Mjekimi

Eshtë simptomatik: jepen antipiretikë, duhet siguruar mjaft lëngje, lirim të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes, nëse janë të shprehura shenjat e rinofarigitit, ndërsa nëse është e shoqëruar me pneumoni, atëherë mjekohet varësisht nga shkaktari i pneumonisë. Prognoza është e mirë.⁹

⁹Mehmedali Azemi & Mujë Shala me bashkëpunëtorë "PEDIATRIA" Prishtinë,2010

2.2.4. Bronkiti kronik

Bronkiti kronik karakterizohet në kuadrin e sëmundjeve pulmonare obstruktive kronike dhe përkufizohet si kollë produktive që zgjatë më shumë së tre muaj përgjatë një viti dhe për dy vjet rresht në mungesë të ndonjë sëmundje tjetër pulmonare. Te i sëmuri, i cili ka kollë produktive për një kohë më të gjatë, ose e cila përsëritët shpesh, duhet menduar në ndonjë sëmundje të mushkërive ose sëmundje sistemike.

Bronkiti kronik karakterizohet më kollë në ekzaminim objektiv me ndryshime karakteristike për bronkit që zgjatë deri në tetë javë. Sipas disa autorëve bronkiti kronik paraqet një manifestim të interaksionit të faktorëve të jashtëm dhe të brendshëm të organizmit që rezultojnë me inflamacion dhe dëmtim të rrugëve të frymëmarrjes. Faktorët e jashtëm që ndikojnë në paraqitjen e bronkitit kronik janë: infeksionet, alergjenët, ndotësit e traktit të frymëmarrjes kurse faktorët e brendshëm janë: deficit imunologjikë, diateza alergjike, anomalitë e bronkeve, fibroza cistike.

2.2.5. Simptomat

Kolla është simptoma kryesore, e cila paraqitet më shumë natën dhe mund të jetë e thatë ose produktive, shpesh i sëmuri ndjen dhimbje në kraharor.

Ekzaminimi objektiv i përgjigjët atij të bronkitit akut, por ndryshimet përsistojnë më gjatë dhe mund të jenë prezentë edhe fishkëllimat.

Në radiografinë e mushkërive vizatimi bronkial është i theksuar në të dyja anët e ndonjëherë më shumë djathtas në pjesët bazale të mushkërive.

2.2.6. Diagnoza

Diagnoza mbështetet në të dhënat e anamnezës, ekzaminimin objektiv dhe radiografinë e mushkërive.

Në diagnozë diferenciale vijnë në konsiderim sëmundjet e mushkërive si: bronkiektazitë, fibrozacistike, anomalite e bronkëve, apo sëmundjet kardiovaskulare si: anomalitë e lindura të zemrës me shant majtas-djathtas.

2.2.7. Mjekimi

Sa i përket mjekimit duhet shëruar sëmundjet themelore. Dhënia e antimikrobikëve bëhet sipas antibiogramit. Rëndësi ka klomoterapia dhe terapia e valëve.¹⁰

2.2.8. Bronkiti obstruktiv akut dhe recidivues

Bronkiti obstruktive akut dhe recidivues paraqet çdo infeksion të bronkeve, ku ekzistojnë edhe manifestimet klinike të bronkoobstruksionit, eksperiumi i zgjatur dhe fishkëllima me ton të lartë, apo të ulët. Ekzistojnë sinonime tjera për këtë sëmundje, si bronkiti astmatik, bronkiti spastik.

2.2.9. Etiologjia

Mendohet se në paraqitjen e bronkitit obstruktiv kanë rëndësi dy faktorë:

- faktori gjenetik
- induktorët e jashtëm.

Faktori gjenetik është kompleks dhe poligjenetik që së bashku më faktorët e jashtëm mund të shkaktojë bronkitin obstruktiv.

Nuk do të paraqitet bronkiti obstruktiv, me gjithë predispozicionin gjenetik nëse nuk provokohet nga faktorët e jashtëm. Sa u përket faktorëve të jashtëm, në radhë të parë ndikojnë infeksionet virusale me ndonjë nga viruset respiratorë, të cilët fillojnë me të gjitha karakteristikat e njohura si: rrjedhje e sekretit nga hunda, kollë etj.

¹⁰Mehmedali Azemi & Mujë Shala me bashkëpunëtorë “PEDIATRIA” Prishtinë,2010

Çdo recidiv i infeksionit do të shkaktojë bronkit obstruktiv pa marrë parasysh llojin e virusit që e shkakton. Pastaj ekspozimi ndaj ngacmimeve të ndryshme me natyrë alergjike, klimatike, toksike ose etiologji të panjohur. Rëndësi të madhe ka ekspozimi ndaj tymosjes së duhanit.

2.2.10. Manifestimet klinike

Fillon me sekrecion nga hunda, kollë të thatë dhe ngacmuese, plogështi, zbehje etj. Mund të ketë edhe temperaturë të ngritur trupore, për disa orë, në disa raste pason tahipneja, shenjat e dispense ekspiratore dhe shpesh fishkëllima. Në ekzaminim mund të paraqitet skuqja e mukozës dhe sekretimi nga hunda. Ne auskultim dëgjohet frymëmarrja e dobësuar, insperiumi i shkurtër, ndërsa eksperiumi i zgjatur dhe fishkëllima polifonike kryesisht në eksperium.

Në radiografi të mushkërive ekzistojnë shenjat e mbushjes me ajer të hapësirave mushkërore, brinjët janë horizontalisht të vendosura, hapësirat ndërbrinjore të zgjeruara, diafragma e lëshuar poshtë, mediasternumi i ngushtuar, rritje e transparencës së indit mushkëror.¹¹

¹¹Mehmedali Azemi & Mujë Shala me bashkëpunorë "PEDIATRIA" Prishtinë,2010

Kapitulli i III- Kujdesi infermieror.

3.1. Kujdesi infermieror tek të moshuarit me astmë bronkiale

Tek të sëmurët më astme bronkiale duhet të aplikohen këto metoda:

- ✓ Të mbajë shënime prej momentit të hospitalizimit të pacientit.
- ✓ Pjesëmarrja e infermieres në vizitat mjekësore.
- ✓ Të fitojë besimin e pacientit.
- ✓ Të bëjë inspektimin fizik si dhe të bëjë monitorimin e shenjave vitale të pacientit, sidomos frymëmarrjen.
- ✓ Të shpjegon të gjitha procedurat diagnostike dhe terapeutike.
- ✓ Të bëjë administrimin e oksigjeno-terapisë.
- ✓ Të aplikohet terapia sipas orarit, teknikës, nevojës dhe të përcillen të gjitha ndryshimet e pacientit të sëmurë.
- ✓ Të vëzhgoj për efektet anësore.
- ✓ Të shënohet çdo ndryshim në kartelën infermierore.
- ✓ Ushqimi të servohet në enë të pastra dhe të jetë në temperaturë normale.
- ✓ Të përmirësohet gjendja fizike dhe psikike e pacientit.
- ✓ Të këshillohet pacienti dhe familjaret e tij për përdorimin me kohë të terapisë dhe efektin e tyre.
- ✓ Të ofrohet pushim dhe ambient të qetë për pacientin.
- ✓ Të shpjegoj patologjinë e astmës dhe kush mund të shkaktojë astme, p.sh. pirja e duhanit.
- ✓ Të bëhet mirëmbajta e pastërtisë së dhomës.
- ✓ Të merret gjaku dhe sputumi për analizat laboratorike dhe mikrobiologjike.

3.2. Kujdesi infermierore tek të moshuarit më bronkit

Tek të sëmurët më bronkit duhet të aplikohen këto metoda:

- ✓ Pjesëmarrja e infermieres në vizitat mjekësore.
- ✓ Monitorimi i shenjave vitale sidomos frymëmarrjes, dhe vlerësimi i gjendjes fizike .
- ✓ Kujdesi për pastërtinë e enëve ushqimore si dhe ruajtja e ushqimit në temperaturë të përshtatshme.
- ✓ Aplikimi i terapisë së ordinuar nga mjeku.
- ✓ Mbajtja e shënimeve në kartelën infermierore për çdo ndryshim dhe veprim të kryer infermieror.
- ✓ Të ruajë kalueshmërinë e rrugëve të frymëmarrjes të pacientit.
- ✓ Të mobilizon sekrecionet e pacientit.
- ✓ Të vlerësojë ndryshimet dhe komplikimet e sëmundjes.
- ✓ Të ajrosë dhomën në të cilën është duke qëndruar pacienti.
- ✓ Të vlerësojë faktorët e rrezikut të cilët kontribuojnë në lajmërimin e sëmundjes.
- ✓ Të këshillojë pacientin në ndërprerjen e pirjes së duhanit në mënyrë që të përmirësohet gjendja shëndetësore e sëmundjes.
- ✓ Të merret gjaku për analiza laboratorike.
- ✓ Të merret sputumi për ekzaminin mikrobiologjik.

Kapitulli i IV- Studim rasti

4.1. Vlerësimi fillestar

Pacienti M.V. nga rrethina e Gjakovës, i lindur më 15.07.1950, është paraqitur në repartin e Pulmologjisë me ankesa dhe simptoma të bronkitit.

Diagnoza: I-20-21. Arythmia, Bronchioectasiae pulmo, Car pulmonare.

Të dhënat objektive:

- Kollë e fortë e tipit produktivë (me sekret),
- Lëkurë cianotike,
- Prani të sputumit në rrugët e frymëmarrjes,
- Ataqë bronkiale.

Të dhënat subjektive: Pacienti tregon se ka kollë të shpeshtë e tipit produktivë (më sekret), e shoqëruar më pengesa në frymëmarrje, ataqe të shkurta, ndihet i lodhur, i molisur ose letargjik, djersitje, temperaturë të lartë, dhimbje dhe shtrëngime të gjoksit.

Të dhënat historike: Pacienti tregon se jeton në shtëpi me lagështi dhe jo mirë të izoluar, konsumon duhan dhe alkool vazhdimisht, nuk është ushqyer me ushqime të shëndetshme, kryesisht ka kushte të dobëta ekonomike, si dhe tregon që këto simptoma i ka pasur më herët, mirëpo si pasojë e pamundësisë së kostos se ulet, nuk ka mundur që të trajtohet.

Të dhënat aktuale: Pacienti pasi që është shtirë në spital dhe pasi i është marrë anamneza, i bëhet ekzaminimi objektiv (inspeksioni i kafazit të kraharorit, perkusioni, auskultimi, dhe palpacioni), pastaj analizat laboratorike (hemogrami, CPR-ja, SE), analizat mikrobiologjike (sputum), të dhënat radiologjike (RTG) dhe metodat tjera të sofistikuar (CT, dhe rezonanca magnetike).

4.2. Diagnoza infermierore

- Çrregullime të shkëmbimit të gazeve- lidhur me ndryshimet në membranat alveolare, kufizimit respirator, lodhjes së muskujve respirator dhe prodhimit të shtuar respirator si dhe prodhimit të shtuar të mukusit,

- Frymëmarrje jo efektive- lidhur me obstrukcionin e rrjedhjes respiratore, lodhjes, dhe uljes së energjisë,
- Pastrim infektiv i rrugëve respiratore- lidhur me shtimin e tepërt të sekrecioneve, lodhjes, zvogëlimit dhe kollitjes infektive,
- Ndryshimet në ushqyerje më pak se nevojat e organizmit- lidhur me dispnën, sekrecionet e shtuara, anoreksisë dhe lodhjes,
- Ankth- lidhur me humbjen e kontrollit gjatë episodit disponik dhe ndryshimeve të gjendjes shëndetësore,
- Intolerancë aktivitetesh - lidhur me lodhjen, dispnen,
- Prishje e gjumit - lidhur me dispnen dhe hospitalizimin,
- Deficit njohurish- lidhur me mos familjarizimin me burimet e informacionit,
- Lodhje- lidhur me ndryshimet në metabolizmin energjik, hipoksemi.

4.3. Planifikimi

- Aplikimi i terapisë sipas udhëzimit të mjekut,
- Përcjellja e oksigjenit dhe dhënia në sasi në bazë të nevojës,
- Përcjellja e funksioneve vitale në çdo kohë,
- Përmirësimi i shkëmbimit të gazrave,
- Përmirësimi i mënyrës së frymëmarrjes,
- Sigurimi i tingujve normal në mushkëri,
- Përmirësimi i marrjes së ushqimeve,
- Reduktimi i ankthit,
- Rritja e tolerancës së aktiviteteteve,
- Reduktimi i rrezikut për infeksione.

4.4. Zbatimi

Gjatë qëndrimit në spital pacientit i janë kryer të gjitha trajtimet e nevojshme. Marrja e analizave laboratorike, analizave mikrobiologjike, të dhënat radiografike deri të metodat më të sofistikuar siç janë: CT dhe rezonanca magnetike. Pacientit i jepet terapia me kohë e ordinuar nga ana e mjekut, dhe pacienti ka përparuar dukshëm në raport me sëmundjen. Kujdes i veçantë i është treguar edhe në mënyrën e të ushqyerit, shmangia nga faktorët

predispozues, pastërtia, ajrosja e dhomës dhe temperatura konstante e dhomës, pacienti ka bërë përpjekje në lënien e duhanit dhe alkoolit.

4.5. Vlerësimi përfundimtar

Në këtë fazë, në ditën e 10, pacienti ka pasur një përparim në lidhje me sëmundjen. Frymëmarrja është përmirësuar, kolla është reduktuar dukshëm, mirëpo i është dashur të qëndrojë edhe disa ditë për përmirsimin e tërësishëm të gjendjes shëndetësore.

Terapia e ordinuar gjatë qëndrimit në spital është: Sol. Dextrosae 5% 2×100ml, Aminophylin amp 2×7ml, Urbason amp 40 mg 20 ml, Lasix amp 1×1, O₂=3-4ml/min, NaHCO₃ 2× 10ml, Aspirin protect 100mg 0+0+1, Scorpil plus 1×1/2, Coryol tbl 6.15 mg 2×1/2, Zespiro tbl mg 0+0+1. Inhalimi: (1. Sol NaCl, 9% , 3ml, 2. Clenil amp 1×2).

Pacienti ka qëndruar nga data 03 – 17.11.2016 në trajtim. Gjatë kësaj periudhe pacientit i janë përmirësuar funksionet vitale, kolla është reduktuar dhe gjendja e pacientit është e mirë.

Në shtëpi i është ordinuar të përdorë: Aspirin protect 100mg 0+0+1, Scorpil plus 1×1/2, Coryol tbl 6.15 mg, Zespiro tbl mg 0+0+1. Të konsultohet më pulmologun kohë pas kohe.

Tabela 1. Rezultatet e analizave laboratorike të bëra gjatë periudhes prej 14 ditëve janë keto:

Sedimenti i eritrociteve	70	40	20	Mm/h
ALT	5	15	20	U/L
AST	15	25	30	U/L

Kolesteroli	3.8	4.2	4.4	Mmol/M
Kreatinina	174.81	150.15	110.31	mol/L
Trigliceridet	1.51	1.30	1.19	Nmol/L
Urea	19.8	15.6	9.2	Mmol/L

CRP	9.3	7.4	6.5	Mg/L
Glikemia	11.			mmol/L
PLR	296	176		Mmol/L
AST	26			U/L
ALT	20	15		U/L

Kapitulli V

5.1. Rezultatet

Nga paraqitja e këtyre të dhënave në punim bazuar në literaturë të ndryshme dhe internet mund të rezultojm si në vijim.

- Sëmundjet obstruktive respiratore përbëjnë një problem serioz për shëndetin publik në të gjitha vendet e botës.
- Gjatë dekadave të fundit janë bërë shumë përparime që kanë përmirësuar njohjen e mëtejshme të sëmundjeve dhe këto përparime kanë ndikuar në përparimin e aftësive tona në menaxhimin dhe kontrollimin e sëmundjeve obstruktive në mënyrën sa më efektive të mundshme.
- Ndër faktorët kryesor për sëmundjet obstruktive respiratore janë: moshja, historia familjare e sëmundjes, vendi i punës, duhanpirja qoftë ajo aktive apo pasive, si dhe ndotja e ajrit.

- Sëmundjet duhet të diagnostikohen saktësisht dhe më kohë, duhet trajtuar si duhet dhe duhet të ipen mjekimet e duhura.

Nëse i referohemi rastit të marrë në studim vërejmë se:

- Pacienti ka qëndruar në spital për një kohë prej dy javësh,
- Pacienti i është nënshtruar të gjitha intervenimeve mjekësore,
- Pacienti ka qëndruar në dhomë me ajër të pastër dhe ushqimi që ka konsumuar ka qenë i shëndetshëm,
- Pacienti ka arritur që të lë duhanin dhe alkoolin,
- Pacientit i është reduktuar kolla, funksionet vitale janë stabilizuar dhe gjendja e pacientit është përmirësuar, por këshillohet që të ketë kujdes që të përdorë terapinë e ordinuar nga mjeku, të largohet nga ambientet ku konsumohet duhani dhe ku ajri është i ndotur.

5.2. Diskutim

Sëmundjet obstruktive respiratore janë grup sëmundjesh që shkaktojnë obstrukcion të rrugëve respiratore. Pirja e duhanit është faktori më i rëndësishëm për sëmundjet me kufizim të rrjedhës së ajrit. Këto sëmundje me shumë kanë tendencë familjare, sesa rastësisht. Kjo mund të jetë e lidhur me zakonet e pirjes së duhanit në familje. Ndotja e ajrit siç është ekspozimi ndaj duhanit dhe vendeve më tym ka një rol tjetër, ku tek astma mund të shkaktojë një atak astmatik.

Nëse i referohemi studimit të rastit vërejmë se pacienti ka qëndruar në Spitalin “Isa Grezda” në Gjakovë, nga data 03.11.2016 deri më 17.11.2016. Ky pacient me sëmundje të bronkitit kronik kërkonte një kujdes të veçantë shëndetësor dhe trajtim adekuat.

Trajtimi adekuat medikamentoz i pacientit, lënia e duhanit, ambienti i pastër si dhe ushqimi adekuat kanë ndikuar në përmirësimin e gjendjes shëndetësore të tij dhe mbajtjen e shenjave vitale. Ndërsa një kujdes maksimal ka treguar infermiera në aplikimin e terapisë dhe të gjitha ndërhyrjeve infermierore. Si rezultat i kësaj, pacientit i është përmirësuar gjendja . Frymëmarrja është normalizur në 20 frymëmarrje në minutë.

Temperatura në 37°C, TA 130- 70 mmHg, kurse pulsi në 80 rrahje minutë.

Gjithashtu gjatë kësaj periudhe
pacienti ka shtuar peshë trupore nga 63kg në 65kg.

5.3. Konkluzionet

Si përfundim të këtij punimi të temës së diplomës arritëm në konkludim së sëmundjet obstruktive respiratore janë sëmundje që hasën në të gjitha vendet e botës dhe në vitet e fundit për shkak të zhvillimit ekonomik dhe urbanizmit është shtuar numri i të prekurve nga këto sëmundje. Edhe pse sëmundjet obstruktive respiratore në të shumtën e rasteve janë të pashërueshme, trajtimi dhe rehabilitimi i tyre është i domosdoshëm.

Në këtë punim si përfundim kemi arritur të njohim sëmundjet obstruktive respiratore , manifestimet klinike, llojet e tyre, trajtimin dhe diagnostikimin.

- Faktorë predispozues në paraqitjen e sëmundjeve obstruktive respiratore është pirja e duhanit.
- Faktorët tjerë që ndikojnë në paraqitjen e sëmundjeve obstruktive respiratore janë: faktorët gjenetikë/trashëgues dhe faktorët mjedisorë.
- Kujdesi i infermierëve dhe i stafit tjetër mjekësor ka treguar rezultat lidhur me përparimin e kësaj sëmundjeje.
- Është shumë e rëndësishme që të përcjellët gjendja e pacientit dhe t'i jepen këshilla në lidhje me kujdesin e avancuar shëndetësor.
- Aplikimi i terapisë ka një rëndësi të madhe në kujdesin ndaj sëmundjes.

5.4. Rekomandimet infermierore

- Rritja e ndërgjegjësimit publik së shëndeti i rrugëve të frymëmarrjes është thelbësor për shëndetin.
- Thirrje politikëbërësve për të mundësuar qasje universale në kujdes cilësor shëndetësor, duke përfshirë disponueshmërinë e barnave esenciale për të gjithë ata me sëmundje obstruktive respiratore.
- Thirrje për të eliminuar përdorimin e të gjitha produkteve të duhanit në vendet publike,
- Sigurimi i vaksinave falas për fëmijët, të moshuarit dhe të sëmuret me sëmundje obstruktive respiratore.
- Diagnostikimi i hershëm i sëmundjeve obstruktive respiratore.
- Njohuri mbi kequshqyerjen, obezitetin dhe aktivitetin fizik në kushtet e frymëmarrjes dhe të zbatojë planet për të korrigjuar këto shqetësime.
- Rritja dhe trajnimi i profesionistëve të shëndetit për sëmundjet obstruktive respiratore.
- Zhvillimi i programeve, mjeteve dhe strategjive për të bërë parandalimin dhe trajtimin e sëmundjeve.¹²

¹²(<http://nursing-care-plan.blogspot.com/2011/12/nursing-care-plan-for-chronic.html>)

5.5. Rezume

Hyrje: Sëmundjet obsrktive respiratore janë çrregullime kronike që avancohen ngadalë të karakterizuara me obstruksiione të rrugëve respiratore. Këto radhitën në sëmundjet më vdekjeprurëse në botë, nëse nuk mjekohen si duhet.

Ekzistojnë shumë faktorë që ndikojnë në paraqitjen e sëmundjeve obstruktive respiratore. Pirja e duhanit në mënyrë aktive dhe pasive është faktori më i rëndësishëm për sëmundjet obstruktive të frymëmarrjes. Historia familjare e sëmundjes është njëri prej faktorëve të sëmundjes. Në paraqitjen e sëmundjes ndikon edhe ndotja e ajrit e cila te astma mund të shkaktojë një atak astmatik.

Qëllimi i punimit: Qëllimi i punimit të temës së diplomës është që të shpjegohet dhe zgjerohen njohuritë lidhur me sëmundjet obstruktive respiratore tek të moshuarit si dhe roli i infermieres në trajtimin e sëmundjeve obstruktive respiratore.

Metodologjia: Në realizimin e këtij punimi është përdorur metoda e rishikimit të literaturës dhe studimi i rastit.

Të dhënat janë marrë në Spitalin Regjional “Isa Grezda” në reparitin e Pulmologjisë, në Gjakovë.

Rezultatet: Pacienti ka qëndruar nga data 03.11.2016 deri më 17.11.2016 në trajtim. I janë përmirësuar funksionet vitale. Frymëmarrja e pacientit është normalizur në 20 frymëmarrje në minutë. Temperatura në 37°C, TA 130- 70 mmHg, kurse puls i në 80 rrahje minutë. Peshë trupore në 65kg, kolla e pacientit është reduktuar dhe pacientit ka arritur që të lë duhanin dhe alkoolin. Në shtëpi i është ordinuar të përdorë: Aspirin protect 100 mg 0+0+1, Scorpril plus 1×1/2, Coryol tbl 6.25 mg 2×1/2, Zespio tbl 10mg 0+0+1, Ambutus sup 3×1 lug, si dhe vizita tek pulmologu në rast të keqësimit të gjendjes

shëndetësore.

Përfundimi: Sëmundjet obstruktive respiratore janë sëmundje që hasën në të gjitha vendet e botës. Viteve të fundit, për shkak të zhvillimit ekonomik dhe urbanizmit, është shtuar numri i të prekurve nga këto sëmundje. Edhe pse sëmundjet e frymëmarrjes në të shumtën e rasteve janë të pashërueshme, trajtimi dhe rehabilitimi i tyre është i domosdoshëm. Një rol të rëndësishëm në trajtimin e sëmundjeve obstruktive respiratore luajnë infermierët.

5.5. Summary

Introduction: Respiratory diseases are chronic disorders that slowly developed characterized with obstructive respiratory ways. These diseases are ranked one of the deadliest diseases in the world if they do not get the right medical assistance. There are many factors that affect the appearance of obstructive respiratory diseases like: Smoking in an active or passive way is the most important factor on obstructive diseases. The family history of the disease is one of the factors of the disease. Air pollution affectson the disease which in asthma it can cause asthmatic attack.

The aim: The aim of this work is to explain and expand knowledge of obstructive respiratory diseases to old people and the role of the nurse on treating obstructive respiratory disease.

Methodology: In the realization of this paper is used method of literature review and case study. The data are taken in regional hospital “ Isa Grezda” pulmonology department, in Gjakova.

Results: The patient has been treated in the hospital from 2.12.2016 to 15.12.2016. Vital functions are improved. The patient’s breathing is normalized onto 20 breathing in minute. Temperature on 37°C, TA 130-70 mmHg and the pulse in 80 beats in minute. Body weight 65 kg, the cough is reduced and the patient has given up of smoking and alcohol. At home is told to use: Aspirin protect 100 mg 0+0+1, Scorpril plus 1x1/2, Coryoltbl 6.25 mg 2x1/2, Zespio tbl 10 mg 0+0+1, Ambutussuo 3x1 spoon and te meetings to pomologistin case of deterioration of health.

Conclusion: Obstructive respiratory diseases are worldwide diseases and nowadays because of the economic developments and urbanization the number of sick people has

been raised. Even breathing diseases are most of the time incurable, the treatment and the rehabilitation is necessary.

An important role in treating and curing the obstructive respiratory diseases has the nurses.

Literatura

1. E. Saraçini- H. Saraçini “Anatomia dhe fiziologjia e njeriut”
2. Mehmedali Azemi & Mujë Shala me bashkëpunorë “PEDIATRIA” Prishtinë,2010
3. Harrison “PARIMET E MJEKËSISË INTERNE”
4. Arend Armitage Clemmons Drazen Giggs LaRusso ‘ ‘ TRAKTATI MJEKSORË I CECILIT’’. oldman Ausiello

5. E.Peka, L.Neqaj, E.Bustami, D. Bega, A. Imami-Leqaj, M. Qela , A. Dervishi, V. Zanj, V.Mane “INFERMISTIKA NË SPECIALITETE” Universiteti I Tiranës-Fakulteti I Infermierisë
- 6.Barbara K.. Timby ‘ ‘INTRODUCTORY MEDICAL-SURGICAL NURSING’ J.B Lippicoll Company
7. (<http://nursing-care-plan.blogspot.com/2011/12/nursing-care-plan-for-chronic.html>)

CV e shkurtër e kandidatit

Të dhënat personale:

Emri dhe mbiemri: Erdonita Halilaj

Datëlindja: 1993/12/23

Vendlindja: Glllogjan- Deçan

E-mail: erdon_ita@hotmail.com

Drejtimi: Infermieri

Numri i ID: 130306073

Edukimi:

Shkollimi fillor: SHFMU “Heronjtë e Dukagjinit” Glllogjan

Shkollimi i mesëm: SHMM “Hysni Zajmi” Gjakovë, Mjekësi e Përgjithshme

Shkollimi Themelor: Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani” Gjakovë. Fakulteti i Mjekësisë- Drejtimi Infermieri

Përvoja Profesionale:

Spitali Regjional “Isa Grezda”, Gjakovë

Pozita: Praktikante

Lënda: Praktika klinike