

UNIVERSITETI “FEHMI AGANI” GJAKOVË
FAKULTETI I MJEKËSISË
PROGRAMI: INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

Tema: Pacientët me kateter urinar të përhershëm – kujdesi
infirmieror

Kandidatja:

Hyrisha KASTRATI

Mentori:

Prof.Ass.Dr. Skender UKAJ

Gjakovë, 2018

Punimi i temës së diplomës: “**Pacientët me kateter urinar të përhershëm – kujdesi infermieror**”, i kandidates: Hyrisha KASTRATI, u punua në Fakultetin e Mjekësisë të Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

MENTOR I PUNIMIT:

Prof. Ass.Dr. **Skender UKAJ**

Profesor i Fakultetit të Mjekësisë i Universitetit “Fehmi Agani” Gjakovë.

Punimi përmban: 22 – faqe

2 – figura

DEKLARATA E KANDIDATIT

Unë, Hyrisha KASTRATI, deklaroj se kjo temë e diplomës e titulluar: “Pacientët me kateter urinar të përhershëm – kujdesi infermieror”, është punim i imi origjinal. E gjithë literatura dhe burimet tjera që janë shfrytëzuar gjatë këtij punimit janë të renditura në referenca dhe plotësisht të cituara, në bazë të autorit dhe të punimit të caktuar.

Tërë ky punim është përgatitur duke respektuar rregulloren dhe duke u mbështetur në këshillat për përgatitjen e temës së diplomës të përcaktuara nga ana e Universitetit “Fehmi Agani” në Gjakovë.

FALËNDERIM

Me këtë rast dëshiroj të falënderoj mentorin tim Prof. Ass. Dr. Skender UKAJ. për të gjitha vërejtjet dhe sygjerimet e dhëna gjatë punës dhe mundit tim për përfundimin e këtij punimi diplome.

Gjithashtu falënderoj edhe të gjithë stafin pranë Fakultetit të Mjekësisë, dega Infermieri të Universitetit “Fehmi Agani” në Gjakovë të cilët kontribuan në ngritjen time profesionale.

Një falenderim të veçantë për familjen time e cila nuk kursej asgjë gjatë gjithë këtij rrugëtimi si edhe për të gjithë kolegët te të cilët gjeta përkrahje morale gjatë tërë kësaj kohe.

Përmbajtja

Abstrakt-----	6
1. HYRJE-----	7
1.1. Veshkat-----	8
1.2. Ureterët-----	9
1.3. Vesica urinare-----	9
1.4. Uretra-----	9
1.5. Trajtimi infermieror – Pielografia endovenoze-----	9
1.6. Ekzaminimet laboratorike-----	9
1.7. Drenimi i sistemit urinar-----	10
1.8. Llojet e kateterëve-----	10
1.9. Kateterët supra pubike (systostomi)-----	10
1.10. Katetetrët ureteral-----	11
1.11. Kateteri uretral-----	11
1.12. Inkontinenca-----	11
2. KUJDESI INFERMIEROR-----	13
2.1. Roli i infermieres në pranimin e pacientit në spital-----	13
2.2. Kujdesi infermieror dhe kateterizmi vazikal-----	13
2.3. Lëvizja e të sëmurit-----	15
2.4. Roli i infermieres në lavazhin vezikal-----	16
2.5. Vlerësimi fillestar -----	17
2.6. Diagnoza infermierore -----	17
2.7. Planifikimi infermieror -----	18
2.8. Ndërhyrja infermierore -----	18
2.9. Zbatimi infermieror -----	19
2.10. Vlerësimi përfundimtar -----	20
2.11. Rekomandimet -----	20
Literatura-----	22

Abstrakt

E drejta për jetë është një e drejtë e patjetërsueshme e njeriut, e çmuar për të, po aq sa edhe për Shtetin, i cili ka detyrimin të sigurojë mjetet për realizimin sa me efektiv të saj. Interesi i Shtetit në sigurimin e kujdesit shëndetësor për qytetarët është dy-dimensional: ai mundëson realizimin e të drejtave themelore të personit të vetëm, duke kontribuar për rrjedhojë në mirëqenien e përgjithshme të komunitetit. Procedurat mjekësore mund të dëmtojnë integritetin fizik të personit; për këtë arsye edhe një mjek që vepron në përmbushje të detyrës për të siguruar një shërbim me interes publik, mund të ekspozohet ndaj përgjegjësisë penale.

Problemet shëndetësore me të cilat, po përballen gjeneratat në vendin tonë gjatë viteve të fundit kanë pësuar rritje të ndjeshme. Ndër komplikacionet më të shpeshta janë sëmundjet urologjike, problemet me shëndetin mendor, ato kockore për të cilat nëse tregohet kujdesi i duhur mund të shmangen edhe dëmtimet serioze të shëndetit.

Problemet ekonomike të gjeneratave dhe tjetërsimi si proces social, janë të lidhura ngushtë me ndryshime që po ndodhin në strukturën sociale të shoqërisë dhe të familjes. Në këtë kontekst duhet pranuar se “armiqësimi” i tyre me familjen biologjike dhe shoqërinë në shumë raste vjen nga ndryshimi i statusit të tyre social dhe rolit të tyre psikologjik.

Qëllimi i këtij punimi, është të njohim problemet me të shpeshta me të cilat përballen gjeneratat pa dallim gjinie, të kuptojmë ato probleme dhe të mundohemi ti parandalojmë dhe trajtojmë.

Subjekt i këtij punimi janë personat e moshuar, tek të cilët janë evidentuar problemet e tyre me anë të gjendjes së tyre shëndetësore.

Fjalët Kyqe: Problemet sociale, gjendjet invalidizuese, dhe kujdesi për të moshuarit.

1. HYRJJE

“Plakja” progresive fizike shpie në një modifikim të imazhit trupor. Ky ndryshim sot ka një rëndësi të veçantë, sepse kultura aktuale tenton të arrijë një trup gjithmonë të ri dhe me efikasitet maksimale. Për të pranuar ndryshimet që sjellin në trupin tonë, është e rëndësishme të realizohet gjatë jetës ky unitet i brendshëm që lind nga ndërthurja e potencialeve fizike, psikike, afektive, intelektuale, shpirtërore të vetë pacientit. Procesi i “plakjes”, që në një pamje të parë të sipërfaqshme mund të duket si regres, në realitet është gjithmonë ngjitje dhe progres.

Çdo gjë që ndodh në mënyrë të ndryshme nga personi në person e bënë përgjithësi “e të thyeshëm” personin e sëmurë në rrezikun e humbjes së të qenit i aftë për veten e tij nga ana fizike dhe psikike. Kodi gjenetik, familja, stili i jetës qysh nga fëmijëria, ushqyerja, tipi i mjedisit ku jeton dhe punon, raportet personale etj.) ndikojnë pa dyshim në mënyrën e plakjes duke realizuar një ndërthurje të faktorëve biologjikë dhe socialë.

Sugjerohet që politikat dhe programet sociale për të moshuarit karakterizohen nga dështimi për të njohur se femrat mbizotërojnë në mesin e njerëzve të sëmurë. Paragjykimi mashkullor ndaj pavarësisë, dhe mosrespektimi përkatës për vlerat femërore të lidhjes, janë konsideruar në lidhje me studimet e ndërvarësisë së njerëzve të moshuar, familjeve të tyre dhe komuniteteve. Themelet e këtij paragjykimi shihen në historinë e pleqërisë si një problem shoqëror.¹

Aparati urinar përbëhet nga:

- Veshkat,
- Uretere,
- Vesica urinare dhe
- Uretra.

Sipas funksionit të tyre klasifikohen si më poshtë:

- Organet sekretore – veshkat,
- Kanalet ekstretore të brendshme – ureterët,
- Rezervuari i urinës – vesica urinaria dhe
- Kanali ekstretor i jashtëm – uretra.

¹ Kiri Zallari dhe Petrit Bara “Bazat e Gerontologjisë dhe të Geriatriisë” Procesi i plakjes-Fq12-13 Botimi Tiranë 2006

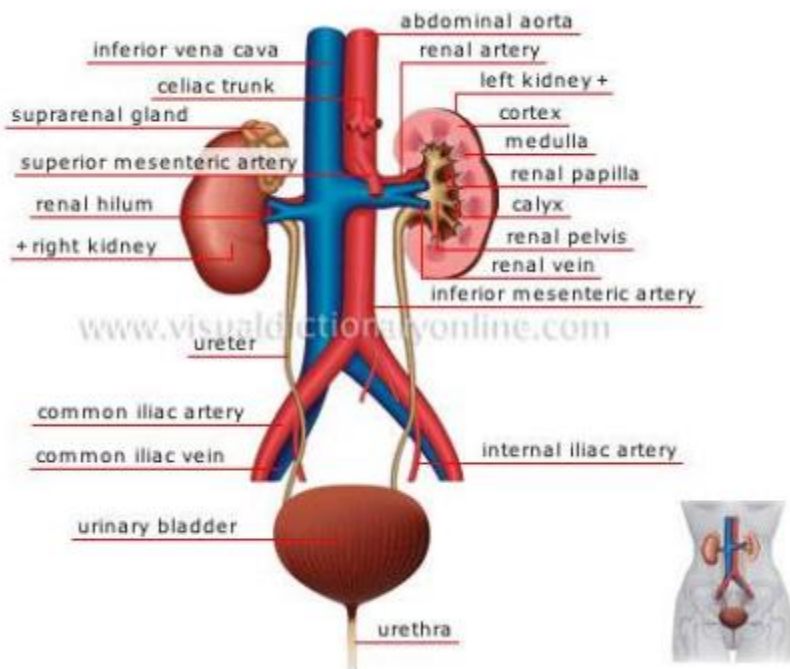


Figura 1. Sistemi urinar

1.1. Veshkat

Veshkat janë organe çift dhe vendosen në regionin lumbar, mbi muskujt e shpinës. Ka formën e kokrrës së fasulës dhe në të dallojmë dy faqe nga të cilat e përparmja konvekse, ndërsa e pasmja e sheshtë, mbështetur në lozhën reale. Ato janë të vendosura me ind dhjamor dhe nga përpara mbulohen nga peritoneumi. Këtë e theksojmë sepse përbën një veçori specifike e cila do të na shërbejë gjatë gjithë kohës në kujdesin infemior.

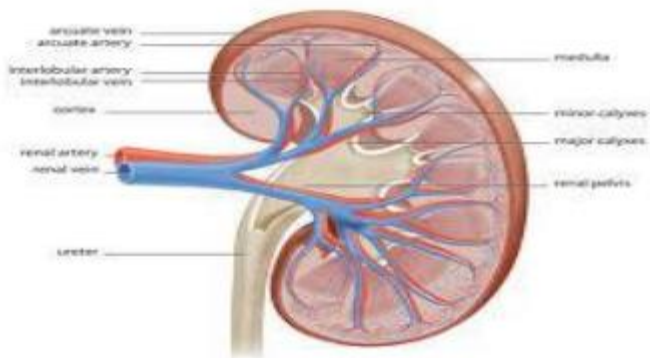


Figura 2. Veshka

1.2. Ureterët

Janë vazhdim i sistemit ekskretor, janë çift dhe shërbejnë për kalimin e urinës nga veshka në fshikëzën urinare dhe është me interes të dihet se në gjatësinë e tyre ndodhen tre pengesa të mundshme siç janë:

- Segmenti pieloureteral
- Kryqëzimi i ureterit me vazat pelvike
- Momenti kur ureteri lidhet me vezikën urinare.

Janë këto tre pikat që mund të jenë pengesë për zbritjen e gurëve nga veshka në vezikën urinare.

1.3. Vesica urinare

Është një organ në formën e qeskës që shërben si rezervuar i urinës deri në eliminimin e saj. Edhe kjo është me vendosje ekstraperitoneale.

1.4. Uretra

Është një organ tubular që shërben për nxerrjen ose derdhjen e urinës. Është me gjatësi të ndryshme nga mashkulli tek femra. Fillimi i saj në dalje të vezikës fillon me një sfinkter ose një valvul që bën të mundur komandimin e urinës.

1.5. Trajtimi infermieror – Pielografia endovenoze

Duhet pasur parasysh se, nëse ky pacient duhet të bëjë edhe ekzaminimin me barium të traktit gastrointestinal, ekzaminimi duhet shtyrë për më vonë, pasi ekzaminimi i veshkave të jetë kryer tërësisht. Kjo sepse mund të duhen ditë të tëra që të eliminohet bariumi nga zorrët.

1.6. Ekzaminimet laboratorike

Analiza e urinës është ndër analizat rutinë që kryhet në praktikën mjekësore. Ajo jep të dhëna të rëndësishme për funksionimin e veshkave, balancin elektrolitik dhe gjendjen e shëndetit të organizmit në përgjithësi. Ngjyra e kuqe e urinës shihet në rastet kur në të ka gjak, por kjo duhet të verifikohet me anë të ekzaminimit mikroskopik. Ngjyra e urinës nga më e çelët në më të errët mund të vijë nga koncentrimi i saj (kur urinon shumë është e çelët) ose nga ushqimet që mund të

ketë përdorur pacienti. Turbullimi vjen nga prania në të e fosfateve ose e qelbit. Prania e proteinave flet për sëmundje të veshkave dhe se është dëmtuar nefroni.

1.7. Drenimi i sistemit urinar

Ndodh që një pacient urina nuk mund të dalë nga organizmi dhe në këtë rast, për të bërë të mundur eliminimin e saj, duhet vendosur një kateter në veshkë (tub nefrostomie), ureter (kateter ureteral) ose fshikëz (epicistostomi) si dhe kateter ureteral. Nëse një pacient ka më shumë se një kateter, në ata vendoset nga një etiketë me anë të së cilës personeli mjekësor orientohet dhe nuk i ngatërron. Në të gjitha ndërhyrjet kirurgjikale në rrugët urinare duhet të sigurohet një mënyrë perfekte drenazhimi i urinës që do të thotë ajo pjesë e urinës që nuk kalon në rrugët normale urinare duhet të sigurohet eliminimi i saj me ndihmën e kateterëve ose tubave drenues. Çdo grumbullim i urinës në indet e organizmit është me pasoja sepse ajo ndërlikohet me urosepsis ose flegmonë urinare.

1.8. Llojet e kateterëve

Kateterët matën me sistemin e ashtuquajtur francez, me numrat që shkojnë nga 14 deri në 24 i cili është numër më i madh. Ka lloje të ndryshme të kateterëve. Ata vendosen në fshikë (tip foley), në veshkë pas një nefrostomie (tip Malekot), apo në ureter ose në fshikëz nëpërmjet një incizioni suprapubik. Theksojmë edhe një herë se çdo kateter ka një etiketë si p.sh., ureteri djathtë, dhe urina që del prej tij mblidhet veçmas. Kateterët fiksohen mirë, me qëllim që kur pacienti të lëvizë, ai të mos dalë. Ata nuk duhet të përthyhen sepse ndërpritet rrjedhja e urinës dhe zgjeten me tuba deri na enën mbledhëse. Infermierja tregon kujdes të veçantë që të mos përthyhen si dhe vrojton mos ka ndonjë koagul në tub, i cili pengon rrjedhën e urinës. Më të konstatuar një gjë të tillë ajo e ndërron tubin.

1.9. Kateterët supra pubike (systostomi)

Këta vendosen në fshikëz të urinës duke bërë një prerje të vogël me anestezi lokale me tretësirë lidokaine 1%. Për të shpuar fshikëzën përdoret një trokar dhe nëpërmejt tij futet një kateter. Hiqet trokari dhe kateteri lihet në fshikëz. Mandej ai pasi qepet në lëkurë, përdoret më qëllime të ndryshme: si provizor kur është bllokuar uretrea nga një dëmtim që është riparuar, me qëllim

lavazhi të vazhdueshëm në rastin e heqjes së prostatës ose mund të lihet dhe për përherë në rast të një kanceri.

1.10. Katetetrët ureteral

Këto vendosen me dorë gjatë kirurgjisë ose cistoskopisë. Nëse janë vendosur për të kryer pielografi retrograde, në fund të kryerjes së saj ata hiqen. Por, mund të ndodhë që vendosen gjatë operimeve të ndryshme dhe të lihen më gjatë për të parandaluar aderencat ureterale. Në këtë rast, vendoset etiketa dhe shënohet se ku është vendosur. Urina që rrjedh, mbiledh veçmas dhe matet. Këta kateter hiqen vetëm nga mjeku.

1.11. Kateteri uretral

Vendoset në fshikëz për të drenuar urinën e saj. Përdoren rëndom ose për të marrë një sasi urine dhe pastaj hiqen, ose mund të lihen për disa ditë si p.sh., pas operimeve, apo tek të moshuarit që mund të jenë të operuar ose jo dhe që kanë një patologji që nuk ka lidhje me prostatën si dhe retencion urinar si p.sh., një pacient me infarkt miokardi.

1.12. Inkontinenca

Inkontinenca urinare përcaktohet si një “humbje e pavullnetshme e urinës aq e rëndë sa të japë pasojë higjienike dhe/ose shoqërore” Inkontinenca, një simptomë me shkaqe të shumëfishta më shumë sesa një proces i veçantë, prek 15 - 30% të moshuarve banues në komunitet dhe të paktën gjysmën e banorëve të kujdesit . Ka disa nëntipa të inkontinencës, ku secila përfaqëson një mekanizëm fizpatologjik të veçantë. Inkontinenca nga stresi , një formë veqanërisht e zakonshme tek femrat, rrjedh nga mosfunksionimi në hapjen e fshikëzes urinare që lejon rrjedhjen e urinës gjatë qasteve me presion intraabdominal të rritur, si kollitja dhe tështima.

Inkontinenca nga stimulimi përbehet nga humbja e urinës si pasojë e tkurrjeve të afrenuara të muskujve të fshikëzes, të cilat zakonisht janë pasojë e gjendjeve neurologjike si aksidentet cerebrovaskulare ose acarimet lokale të fshikëzes.

Inkontinenca nga tejmbushja ndodh kur fshikëza nuk zbrazet normalisht dhe zgjerohet tejet për të një nga shumë dëmtimet neurologjike ose pengesave lokale. Kjo mund të korrigjohet me anë të kirurgjisë kur është e indikuar (p.sh prostatektomi) ose të

menagjohet përmes një programi drenimi të herëpashershëm me kateter. Inkontinenca funksionale ndodh kur funksioni i traktit të poshtëm urinar është i paprekur, lëvizshmëria ose aftësitë njohëse të dëmtuara pengojnë individin të kujdeset për higjienën personale/shkojë në tualet.²

Në përkujdesjen dhe mirëmbajtjen e higjienës, te personat e sëmurë rëndë, të cilat i kryejnë nevojat fiziologjike nën vete, që të pengohet përhapja e infeksionit përdoren “lopata” plastike, kateterë afatgjatë, urinatorë, klizma dhe pajisje tjera. Sekretet dhe ekskretet dezinfektohen dhe largohen në mënyrë higjienike. Veshja, çarçafët dhe pajisjet për higjienë personale dezinfektohen. Për mirëmbajtjen e higjienës personale dhe për shmangien e dekubitusit nevojitet larje e shpeshtë, fshirje me ujë dhe alkool, masazh, pluhurosje me talk, ndërrim i rrobave të personit të sëmurë, rregullim i shtratit dhe personit të sëmurë në pozitë më të rehatshme. Përkujdesja dhe higjiena e gojës zbatohet disa herë në ditë. Për shkak të djersitjes dhe humbjes së lëngjeve trupore, jashtëqitjeve, të sëmurëve ju ofrohen pije të nxehta: çaj me limon, lëngje të pemëve, komposte, qumësht, e të ngjashme. Të sëmurët me temperaturë të lartë, vetëdije të çrregulluar dhe shqetësim psikomotorik, nuk lihen vet, por duhet të “fiksohen” me “pranga” të lëkurës. Motra medicinale është ndihmës dhe bashkëpunëtor i mjekut në përcaktimin e diagnozës së sëmundjes. Ajo e vëzhgon vazhdimisht personin e sëmurë, i përcjell shenjat vitale, tajitjet (jashtëqitjen, urinën, sputumin), e regjistron temperaturën, vjelljen, kollitjen, mbledh dhe dërgon material për ekzaminime laboratorike dhe e jep terapinë e caktuar.³

² Incontinence in old age: a social and economic problem]. [Article in German] Welz-Barth A1

³ The Gale Enciklopedia of Senior Health (Malestrom).

2. KUJDESI INFERMIEROR

2.1. Roli i infermieres në pranimin e pacientit në spital

Pacienti paraqitet në reparrin e pranimit pasi disa më parë ka qenë nënshtruar një ekzaminimi nga ana e kirurgut urolog. Ky pasi ka arritur në konkluzionin se i sëmuri duhet ti nënshtrohet interventit për përmirësimin e gjendjes në të cilën ndodhet, i cakton një ditë për intervent.

Në ditë pranimit të pacientit në spital ndërmerren një sërë hapash:

- Pasi është bërë prezantimi me pacientin fillon puna me mbushjen e pjesës fillestare të kartelës që është detyrë e infermieres;
- Plotësohet kartela me gjeneralitet (emri, mbiemri, ditëlindja, vendlindja, vendbanimi, gjendja civile, kombësia, mosha);
- Bëhet matja dhe hedhja në kartelë e parametrave vitale;
- Pyetet pacienti nëse ka reaksion nga ndonjë medikament, nëse është alkoolist, duhanpirës ose toksikoindipendent;
- Nëse është nënshtruar ndonjë ndërhyrje kirurgjikale më parë apo ka bërë transfuzione gjaku;
- Nëse i sëmuri ka ndonjë patologji tjetër;
- Vlerësohet sistemi muskuloskeletik i pacientit;
- Gjendja emocionale e pacientit;
- Kur është ushqy për herë të fundit;
- Llojet e analizave dhe ekzaminimeve që u është nënshtruar pacienti;
- Nënshkrimi i pacientit;⁴

2.2. Kujdesi infermieror dhe kateterizmi vazikal

Eliminimi i urinës është një nevojë fiziologjike e pacientit. Normalisht pacienti urinon nëpërmjet sistemit urinar. Kur sistemi urinar i prishet funksioni në mënyrë indirekte të gjithë sistemet e organizmit mund të dëmtohen. Normalisht urina e eeliminuar nga një person është 1 – 2 litra për 24 orë. Nëse drenimi i urinës ndërpritet është e nevojshme vendosja e një kateteri.

Për të evituar infeksionet gjatë kateterizmit duhet pasur parasysh që:

⁴ Drita Totozani dhe Sofika Qamirani, “Anatomia normale e njeriut” Tiranë.

- Sistemi i drenazhimit mund të takohet në momentin e zbrazjes së qesës;
- Duart mund të kenë prekur urinën e infektuar, mund të jenë shkaktarët kryesor të transmetimit të infeksioneve.

Kështu duart duhet të lahen mirë dhe përpara manipulimit të sistemit të drenazhimit urinar, dhe pasi të ketë rënë në kontakt me urinën ose me paisjet e kontaminuara me urinë. Kateterizmi vezikal është tërësia e manovrave me vendosjen e një instrumenti tubular (kateter), në mënyrë që të sigurohet eliminimi i urinës. Rëndësi të veçantë gjatë vendosjes së kateterit ka:

- Higjiena e organeve gjenitale;
- Respektimi i rregullave të asepsisë gjatë kryerjes së teknikës;
- Prova për të parë nëse jemi në vezikë apo jo;
- Monitorimi i kateterit me sistemin mbledhës.

Mënyra e përgatitjes për kateterin vezikal

- *Bëhet përgatitja e gjithë materialit të nevojshëm të manovrimit.*
 - a) Kateteri me diametrin e duhur për pacientin dhe për kushtet e tij,
 - b) Qesja sterile e mbyllur,
 - c) Copat sterile,
 - d) Gazra të përdorimit steril,
 - e) Antiseptik steril,
 - f) Lubrifikantë steril me një përdorim,
 - g) Shpërlarje me ujë steril,
 - h) Dorëzat sterile dhe
 - i) Përgatitja e një plani ndihmës (kareli urinar, tavolina).
- *I shpjegohet pacientit procedura që do të kryhet;*
- *Garantohet intimiteti,*
- *Bëhet një pastrim i organeve gjenitale të pacientit,*
- *Bëhet larja me antiseptik,*
- *Rregullohen të gjitha materialet me manovra aseptike.*

Teknika e kateterizimit vezikal

- *Zhvishet dhe pozicionohet pacienti në dekubitus dorsal,*
- *Vendosen dorëzat sterile,*
- *Vendoset një kompresë sterile mbi organin gjenital,*
- *Bëhet pastrimi i organit gjenital,*
- *Hidhet lubrifikantë në pjesën e jashtme distale të kateterit,*
- *Futet kateteri në uretër duke mbajtur penisin në kënd të drejtë me abdomenin dhe shtyhet deri sa të arrijë në fundin e prostatës, vazhdon më ngadalë futja e ulur deri sa të dalë jashtë urina,*
- *Me një shiringë 10cc futet ujë steril për të fryer ballonin e kateterit,*
- *Tërhiqet me kujdes kateteri për të pozicionuar në mënyrë sa më adekuate,*
- *Fiksohet kateteri për të evituar lëvizjen me uretrën nëpërmjet një leukoplasti me kofshën,*
- *Pozicionohet qesja në nivelin e vezikës,*
- *Vendoset qesja në bordin e shtratit,*
- *Hiqen të gjitha materialet e përdorura,*
- *Hiqen dorëzat dhe*
- *Lahen duart.*

Komplikacionet gjatë kateterizimit janë:

- Cistiti i cili vjen si rezultat i mungesës së rregullave të asepsisë si dhe nga shtypja që i shkakton balloni i kateterit mukozës së vezikës.
- Krijimi i një rruge fallco e cila evidentohet nga dhimbja, shfaqja e hemorragjisë dhe nga mosdalja e urinës nga kateteri.⁵

2.3. Lëvizja e të sëmurit

I sëmuri pasi të ketë stabilizuar parametrat vitale, duhet të lëvizë. Infermierja duhet të ndihmojë të sëmurin të ndryshojë pozicionin të paktën çdo orë deri sa të ngrihet. Këto lëvizje parandalojnë ndërlikimet respiratore dhe trombozat. Infermierja duhet të luajë rol të madh edhe në

⁵ Nikollaq Kacani, “Sëmundjet kirurgjikale” Tiranë, 2006.

parandalimin e dekubitueseve. Ditët e para fillohet me ushtrimet më të lehta të cilat ja kemi mësuar më parë rreth frymëmarrjes dhe ushtrimeve të këmbëve.

2.4. Roli i infermieres në lavazhin vezikal

Në lavazhin vezikal kërkohet një radhë pune dhe sterilitet absolut. Lavazhi vezikal është një infuzion steril në vezikën urinare, për këtë përdoret një kateter i cili ka tre rrugë. Një nga rrugët shkon për të drenuar urinën, një shkon për lavazhin dhe një në portë e cila shërben për të fryrë balonin e kateterit. Kateteri për lavazh zakonisht përdoret në ndërhyrjet në vezikë. Përdoret solucion fiziologjik në fillim me pika të shpejta dhe më vonë më ngadalë. Solucioni hyn në mënyrë të vazhdueshme dhe eliminohet me anë të rrugës me të cilën eliminohet urina. Solucioni me të cilën kryhet lavazhi dhe aparati duhet të ndryshohet çdo 24 orë për të shmangur infeksionet. Pasi pacienti është kthyer në reanimacion vendoset në lavazhin vezikular dhe për të arritur këtë duhet të ndjekim hapat e mëposhtëm dhe me sterilitetin maksimal, si:

- Merren paisjet e nevojshme (fiziologjike, stativo, aparat, qese për urinën dhe dorëza sterile),
- Ruhet steriliteti në maksimum në momentin e bashkimit të kateterit me aparatin dhe të kateterit me qesen e vezikës urinare,
- Hiqen dorëzat e përdorura për këtë procedurë,
- Vendoset numri i pikave sipas porosisë së mjekut,
- Në fillim të urinimit, urina sjell koagula dhe gjak i cili me kalimin e orëve duhet të pakësohet,
- Bëhet ndërrimi i solucionit në përfundimin e tij dhe ndiqet rrjedha e tij,
- Vishen dorëzat dhe bëhet ndërrimi i qeses së urinës,
- Bëhet krahasimi i sasisë së lëngut të futur me sasinë e urinës në çdo orë,
- Kujdesemi që likuidi i cili futet në vezikë dhe ai që del në qese të mos pengohet,
- Pyesim pacientin për spazma të vezikës dhe administrojmë antispazmotikët,
- Nëse hemorragjia vazhdon të kontrollojë pacientin për mundësinë e shokut hipovolemik,
- Kontrollojmë urinën që del për ngjyrën, qartësinë dhe erën dhe

- Kontrolllojmë pacientin për temperaturë, kur kemi kateter mundësitë për infeksion rriten.⁶

2.5. Vlerësimi fillestar

Infermieri/a duhet të merr një informacion të saktë për natyrën e sëmundjes dhe anamnezën familjare, ambientin në të cilën jeton dhe punon. Merret një informacion nëse pacienti vuan nga sëmundjet p.sh., e zembrës, lëkurës, frymëmarrje, etj.

- Vlerësohet lëkura: nëse lëkura është e zbehtë, e ftohtë dhe e djersitur,
- Vlerësohet sistemi respirator: observohet për vështirësi në frymëmarrje, venat jugulare të fryra, për gëlbasë të lëngshme me shkumë të bardhë e me ngjyrë rozë,
- Vlerësohet sistemi kardiak: takikardi dhe T.A, cianoze, hipoksemi,
- Vlerësohet pozicioni që preferon pacienti, (pozicioni që lehtëson frymëmarrjen.)

2.6. Diagnoza infermierore

Diagnoza infermierore formulohet duke marrë parasysh: shenjat, simptomat objektive dhe subjektive, faktorët rriskues. Pasi që merren të dhënat nga pacienti, formulohet diagnoza infermierore të cilat shërbejnë si bazë për të hartuar planin e ndërhyrjes.

- Shtim i tepërt i vëllimit të lëngjeve në organizëm si pasojë e sëmundjes,
- Rrezik i lartë për ndryshime në lëkurë me prishje të integritetit të saj si pasojë e pranisë së edemave,
- Çrregullime të frekuencës respiratore me pa aftësi për të ruajtur një respirim natyral si pasojë e grumbullimit të likidit në indin pulmonar,
- Puls të çrregulluar për shkak të çrregullimit të punës së zembrës, vëllimi i tepërt i gjakut në qarkullim,
- Gjendje ankthi për shkak të mungesës së njohjes së sëmundjes ose nga prognoza,
- Cianoza paraqitet si pasojë e mungesës së oksigjenit në qelizat trupore,
- Rrahje të shpejta të zembrës dhe dhimbje gjoksi si pasojë e disfunktionit të zembrës,

⁶ Petrit Gacja, Veli Zogu, dhe Arqile Andrea, “Kirurgjia e përgjithshme” Tiranë.

- Hipertension si pasojë e qrrregullimit të gjendjes shëndetësore,
- Presion i lartë i gjakut në mushkëri për shkak të lëngut të tepërt,
- Hipoksi, pamjaftueshmëri oksigjeni si pasojë e mbushjes së alveolave me lëng,
- Paksim i rezervave energjitime të organizmit që e bëjnë personin të paaftë për sigurimin e nevojave jetësore si pasojë e sëmundjes.

2.7. Planifikimi infermieror

Planifikimi i kujdesjeve infermierore i paraprijnë aktivitetet e ndërhyrjeve që i përkasin të sëmurit

- Sigurimi i ambientit dhe përgaditja e dhomës ku pacienti mund të pushojë qetë,
 - Bëjmë vendosjen e pacientit në pozitën më të rehatshme trupore,
 - Planifikojmë ndërhyrjet infermierore, për të përmisuar gjendjen e pacientit,
 - Ruajtjen e një temperature normale trupore,
 - Sigurojmë rrugën venoze dhe administrojmë medikamentet e duhura,
 - Këshillojmë pacientin rreth ushqimit dhe higjenës personale,
 - Këshilla rreth trajtimit të sëmundjes së tij gjatë kohës së hospitalizimit,
 - Krijimi i një marrëdhënie të shëndoshë komunikimi me pacientin, për efekt pozitiv.
- Bashkëpunojmë me stafin mjekësor në mënyrë që të bëjmë një trajtim sa më adekuat për pacientin, sigurimi i pajisjeve që na nevojiten siq janë: oksigjenoterapia, bërja e EKG-së, monitorimi i shenjave vitale, bëhet ekzaminimi fizik: askultimi dhe perkusioni, aspiratori, niveli i oksigjenit në gjak, marrja e gjakut për analiza, pas vendosjes së kateterit urinar kontrollojmë diurezën tek pacienti, përshkruajmë datën e dhënies së terapisë, cili infermier do ta aplikojë terapinë, koha e dhënies së terapisë dhe ordinimi i terapisë.

2.8. Ndërhyrja infermierore

Qëllimet e ndërhyrjes për një pacient me edemë pulmonare janë reduktimi i volumit cirkulator, përmirësimi i respiracionit dhe përmirësimi i gjendjes së pacientit. Këto qëllime arrihen nëpërmjet kombinimit të oksigjenoterapisë, terapisë medikamentoze dhe suportit infermieror. Oksigjenimi: O₂ administrohet në koncentrimin e përshkruar nga mjeku për të lehtësuar

hipoksinë dhe dispnenë. Oksigjeni monitorohet nga matja e tij në gjak. Terapia medikamentoze: morfina administrohet në rrugë i/v, në një dozë të vogël për të reduktuar ankthin dhe dispnenë dhe për të ulur rezistencën periferale në mënyrë që gjaku mund të shpërndahet nga qarkullimi pulmonar në periferi. Morfina mund të mos administrohet nëse edema pulmonare është shkaktuar nga një aksident cerebral, apo nëse është prezente sëmundja kronike pulmonare ose shoku kardiogjen. Diuretikët: administrohet në rrugë i/v furosemid për të patur një efekt të shpejtë diuretik. Përveç kësaj, furosemidi shkakton vazodilatacion dhe një shtim të gjakut venoz peripher, me një reduktim të kthimit të gjakut venoz që ndodh para trajtimit me diuretik. Meqenëse pas administrimit të diuretikëve akumulohet një sasi e madhe urine, rekomandohet vendosja e një katetri urinar. Digitalët, për të përmirësuar forcën kontraktuese të zemrës, në mënyrë që të rritet puna e ventrikulit të majtë, pacientit mund ti administrohen preparate digitali me veprim të shpejtë. Rritja e kontraksioneve të zemrës do të rrit punën e zemrës, shton diurezën dhe redukton presionin diastolik. Digitali duhet të jepet me kujdes të madh tek pacientët me infarkt akut të miokardit, sepse këta pacient janë të ndjeshëm ndaj digitalit dhe mund të zhvillojnë aritmi. Vlerësohet niveli i potasiumit në serum në interval kohe sepse diureza mund të shkaktojë hypokalemi. Aminofilina, kur pacienti merr frymë me vështirësi aminofilina mund të administrohet për të relaksuar bronkospazëm.

2.9. Zbatimi infermieror

Zbatimi i referohet fazës së veprimit në të cilin sigurohet kujdesi infermieror, pacientit i shpjegohen procedurat e trajtimit, ofrojmë mbështetje në aspektin psikologjik, shpirtëror dhe fizik.

- Kontrolllojmë dhe mirëmbajmë rrugët e frymëmarrjes,
- Pas kyqjes në monitor i shiqojmë shpesh shenjat vitale të pacientit për ndonjë ndryshim të mundshëm.
- Përgaditjen psikike të pacientit para çdo ndërhyrje infermerore
- Adminstrimi i medikamenteve në rrugët parenterale dhe enterale për lehtësimin e dhimbjes dhe simptomave të tjera në kohën e duhur me dozën e duhur dhe sipas nevojës
- Kontrolllojmë dhe mbikëqyrim tretësirat infuzive bëjmë vendosjen e kateterit urinar

- Vendosim pacientin në pozitë të rehatshme trupore, ndriçimi i dhomës duhet të jetë i duhur për të vërejtur më lehtë ndryshimet tek pacienti, ajrosim dhomën
- Mirëmbajmë higjenën personale, mënjanojmë pengesat dhe ofrojmë komoditet tek pacienti.

2.10. Vlerësimi përfundimtar

Me anë të këtij procesi ne kontrollojmë se sa të sakta dhe të përshtatshme kanë qenë veprimet, ndërhyrjet dhe synimet e caktuara. Pas përcaktimit të diagnozës dhe planifikimit infermierorë, duke përdorë: problemin, etiologjinë, shenjat dhe simptomat ne si infermierë presim rezultatet ose qëllimet.

- Bëhet grumbulimi i të dhënave rreth gjendjes shëndetsore të pacientit, për të parë nëse kemi arritur qëllimet tona, a kemi parashikuar në mënyrë të saktë diagnozat infermerore,
- Krahasimi i të dhënave të grumbulluara me rezultatet, a kemi planifikuar në mënyrë të rregullt procesin infermieror,
- Kryerja e një gjykimi rreth progresit të pacientit, shiqojmë se me sa përpikmëri kemi zbatuar kujdesin infermeror tek pacienti,
- Marrim mendimin e pacientit se si ka qenë kujdesi infermieror ndaj tij gjatë qëndrimit në spital,
- Te pacienti vërejmë përmirsimin e gjendjes shëndetsore,
- Edema në mushkëri pothuajse është eliminuar, pacienti përjeton lehtësimin e dhimbjes
- Pacienti siguron shenjat vitale në parametra të pranueshëm,
- Në përgjithësi është arritur qëllimi i përmirësimit të shëndetit si fizik ashtu dhe psikologjik.

2.11. Rekomandimet

Tek rekomandimet është shumë e rëndësishme që të ndiqen këshillat që ipen nga ne si infermierë në lidhje me kujdesin në vazhdimësi, për këtë nevojitet një bashkëpunim në mes të infermieres, pacientit dhe familjarëve. Në rastin e edemës pulmonare, për shembull ekzistojnë disa rregulla që mund të kontribuojnë në reduktimin e rrezikut të kësaj patologjie, atëherë rekomandimet ndihmojnë sado pak uljen e rrezikut tek pacienti.

- Unë si infermiere inkurajoj pacientin të ndjekë një dietë të pasur ushqimore, shmangia e kripërave, yndyrave ose ushqimeve të përpunuara është gjithashtu një domosdoshmëri.

- Pacientit i tregojmë se duhet të pushojë pas daljes nga spitali, dhe japim këshilla për mënyrat e aktivitetit ditor.
- Parandalimin e sëmundjeve kronike të cilat shpiejnë deri tek edema pulmonare, kjo do të thotë marrja e terapisë me rregull, për shembull tek hipertensioni arterial, bashkpunimin me mjekun specialist dhe poashtu për sëmundje të tjera.
- Sa i përket medikamenteve, duke marrë parasysh moshën e pacientit bashkëpunojmë me familjarët, ne si infermierë tregojmë tipin e medikamenteve të përshkruara nga mjeku, efektet e mundshme anësore, dozën korrekte dhe administrimin me orar.
- Rekomandojmë pacientin në reduktimin e stresit, të mos konsumojë duhan dhe kontrollimin e presionit të gjakut,
- Rekomandojmë pacientin të vijë në vizita të rregullta te mjeku.

Literatura

1. The Gale Enciklopedia of Senior Health (Malestrom).
2. Eric Legome and Lee W. Shockly: Trauma, A Comprehensive Emergency Medicine. Aproach.
3. Drita Totozani dhe Sofika Qamirani, “Anatomia normale e njeriut” Tiranë.
4. Nikollaq Kacani, “Sëmundjet kirurgjikale” Tiranë, 2006.
5. Petrit Gacja, Veli Zogu, dhe Arqile Andrea, “Kirurgjia e përgjithshme” Tiranë.
6. www.portalimjekesia.com
7. www.medicine.com
8. Kiri Zallari dhe Petrit Bara “Bazat e Gerontologjisë dhe të Geriartrisë” Procesi i plakjes-Fq12-13 Botimi Tiranë 2006
9. Incontinence in old age: a social and economic problem]. [Article in German] Welz-Barth A1