

**UNIVERSITETI I GJAKOVËS  
FAKULTETI I MJEKËSISË  
PROGRAMI I INFERMIERISË**



**PUNIM DIPLOME**

**Tema: Karakteristikat klinike te Pamjaftueshmeria e  
Zemrës dhe Rekomandimet**

**Kandidatja:  
Zade Hajdari**

**Mentori:  
Prof. Ass. Dr.Dardan Kocinaj**

**Gjakovë  
Janar, 2017**

## **Deklaratë**

Unë Zade Hajdari nr.ID 130306013  
Universiteti i Gjakovës “ Fehmi Agani ”  
Fakulteti I Mjeksisë  
Drejtimi: Infermieri

Nën përgjegjësin time deklarojë se punimi i titulluar Karakteristikat klinike të Insuficiences Kardiake , është puna ime origjinale. Punimi nuk përmban material të shkruar nga një person tjetër përveç rasteve të cituara dhe referuara. Nga fillimi deri në përfundimin e këtij punimi kam respektuar dhe jam mbështetur në gjithë rregulloren për Hartimin e Temës së Diplomës të përcaktuar nga Universiteti publik i Gjakovës “Fehmi Agani“.

## **Mirënjohje\ Falënderime**

Falënderoj Zotin për gjithçka

Një falënderim të sinqertë i shprehi udhëheqesit tim Prof. Dr. Dardan Kocinaj për përkrahjen dhe për këshillat e vyera dhe të gatishmërin e tij ndaj meje në finalizimin e punimit të diplomes.

Me shumë kënaqësi do të doja të shprehja falënderimet e mia të sinqerta për të gjithë miqet që më ndihmuan, konsultuan dhe më mbështetën moralisht gjatë realizimit të temes.

Dhe në fund, dëshiroj të shpreh një mirënjohje të thellë për familjen time, të cilëve i detyrohem shumë për fillimin dhe finalizimin me sukses të këtij udhëtimi, sa të vështirë aq edhe të bukur.

Falënderit të gjithëve !

# Përmbajtja

<b>1. Abstrakti</b> .....	7
<b>2. Hyrja</b> .....	8
2.1 Pamjaftueshmeria e Zemrës .....	11
2.2 Epidemiologjia.....	12
2.3 Karakteristikat Klinike.....	15
2.4 Përcaktimi i diagnozës së insuficiencës kardiake .....	17
2.5 Trajtimi i IK-së, masat e përgjithshme .....	20
2.6 Kujdesi Infermieror.....	22
2.7 Vlerësimi fillestar.....	23
2.8 Diagnoza infermiore .....	23
2.9 Planifikimi infermieror .....	24
2.10 Ndërhyrja infermiore .....	24
2.11 Vlerësimi përfundimtar .....	24
<b>3. QELLIMI I PUNIMIT</b> .....	25
<b>4. Metodologjia ( materialet dhe metodat)</b> .....	26
<b>5. Rezultate</b> .....	27
<b>6. Diskutim</b> .....	33
<b>7. Përfundimi</b> .....	34
<b>8.a) Rezyme</b> .....	36
<b>8.b) Summary</b> .....	37
<b>9. Referencat</b> .....	38
<b>10. CV e shkurtër e kandidates</b> .....	39

## **Shkurtesat e përdorura**

**IK-** Insuficienca kardiake

**CHF-** Insuficienca kongjестive kardiake

**EF-** Fraksion ejeksion

**RV-** Ventrikuli i djathtë

**VM-** Ventrikuli Majtë

**PND-** Dispnea paroksizmale nocturne

**BNP-** Peptidi natriuretik i tipit B

**NYHA-** New York Heart Association,

**TNF** – Faktori i nekrozës tumorale

## **Lista e Figurave**

Fig.1- Zemra

Fig.2- Rimodelimi i IK sistolike, diastolike.

Fig. 3 Prerja e tërthortë e zemrës

## **Lista e Tabelave**

Tabela.1.1 - IK me fraksion ejeksioni të ulur (<40)

Tabela.1.2 - IK me fraksion ejeksioni të ruajtur (>40-50%)

Tabela.1.3 - Sëmundjet pulmonare të zemrës

Tabela.1.4 - Gjendjet me debit të lartë

Tabela.2 - Klasifikimi nga shoqata e kardiologjisë, New York

Tabela.3 - Faktorët që mund të precipitojnë IK kronike në dekomensim akut

Tabela.4 -Numri dhe përqindja e rasteve të pacientëve me IK sipas grupmoshave gjatë periudhes Janar-Dhjetor 2015

Tabela.5 - Rastet me IK tek të dy gjinitë gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2015

Tabela.6 - Numri dhe përqindja e rasteve të pacientëve me IK sipas grupmoshave gjatë periudhes Janar-Dhjetor 2016

Tabela.7 - Rastet me IK tek të dy gjinitë gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2016

Tabela.8 - Numri dhe përqindja e rasteve me IK tek të dy gjinitë gjatë viteve 2015 dhe 2016 sipas muajve të vitit

## **Lista e Grafikoneve**

Grafikoni.1 Përqindja e rasteve të pacientëve me IK sipas grupmoshave gjatë vitit 2015

Grafikoni.2 Rastet me IK tek të dy gjinitë gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2015

Grafikoni.3 Përqindja e rasteve të pacientëve me IK sipas grupmoshave gjatë vitit 2016

Grafikoni.4 Rastet me IK tek të dy gjinitë gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2015

Grafikoni.5 Muajt e viteve 2015 dhe 2016 të hospitalizimit me pamjaftushmërin e zemrës

Grafikoni.6 Muajt e viteve 2015 dhe 2016 të hospitalizimit me pamjaftushmërin e zemrës

## **1. Abstrakti**

Realizimi i punimit është bërë me qëllim të zgjerimit të njohurive të infermiereve me sëmundjen e insuficiences kardiake.

Janë paraqitur kujdesi infermieror, studime dhe të dhëna në periudhën Janar-Dhjetor të vitit 2015 dhe vitit 2016 në spitalin rajonal "Isa Grezda" në Gjakovë.

Punimi është bërë në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësië, Programi Infermieri si dhe në bashkëpunim me Spitalin rajonal "Isa Greza" në Gjakovë.

Përmes këtij punimi kemi arritur të hulumtojmë, shpeshësinë e përhapjes të kësaj sëmundje në Gjakovë për një periudhë kohore të caktuar.

Mentori im është: Prof. Ass. Dr. Dardan Kocinaj

Punimi përfshin: 39 faqe, 11 tabela, 6 grafikone dhe 3 fotografi.

## 2. Hyrja

IK është një sëmundje e cila po prek gjithnjë e më shumë botën si një sëmundje me problematik globale, e ilustruar kjo nga fakti që sot në botë kemi rreth 26 milion njerëz që vuajnë nga Insuficienca Kardiake, numer i cili vjen në rritje të vazhdueshme kërkon një përkushtim maksimal nga stafi mjekësorë, nga pacientët, nga familja dhe gjithë shoqëria. Për këtë arsye pajisja e studentëve të mjeksis me njohurit bazë të zemrës dhe sëmundjeve të zemrës, është një domosdoshmëri për formimin e tyre profesional.

**Zemra** është organ muskuloz që realizon pompimin e gjakut në enët e gjakut me anë të kontraksioneve të përsëritura ritmike. Zemra është njëra prej organeve të para që formohet në trupin e njeriut gjatë zhvillimit embrional<sup>1</sup>.

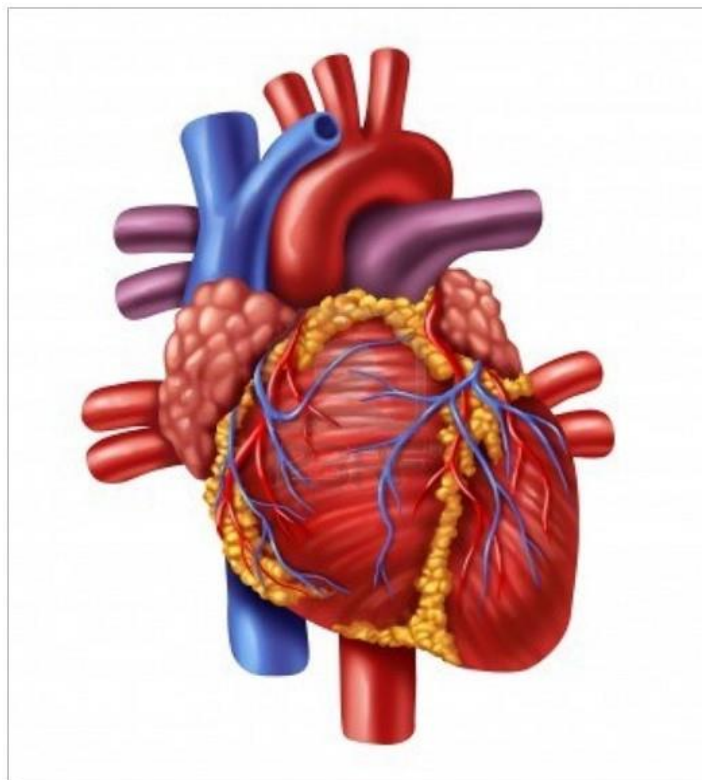
Zemra është e vendosur në kafazin e krahërorit në mes të dy mushkërive, zemra ka formën e një koni baza e të cilit është e orjentuara lartë, djathëtaze, prapa ndërsa maja (apexi) i zemrës, poshtë, majtaz, përpara.

Nga baza e zemrës dalin aorta, arteria pulmonalis ndërsa në të hyrë vena cava superior, vena cava inferior si dhe 4 vena pulmonalis (4 vena mushkerore).

Muri i zemrës përbëhet nga tri shtresa:

- Shtresa e brendshme endocardi,
- Shtresa e mesme, miokardi dhe
- Shtresa e jashtme epicardi.

Këto janë të rrethuar nga një qeskë me membranë të dyfishtë të quajtur perikardi.



**Fig.1 Zemra**

**Burimi:** <https://www.cellapplications.com/cardiac-cells>

---

<sup>1</sup> Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell, Frederik J. Shoen, MD, PHD – Richard N. Mitchell, MD PHD- Bazat e patologjisë së Robbins-it. Kapitulli 11. Zemra.



### Ndërtimi : Zemra përbëhet prej dy pjesëve:

- Pjesa e djathtë, e cila e lëviz gjakun në drejtim të mushkërive (qarkullimi i vogël).
- Pjesa e majtë, e cila e lëviz gjakun në drejtim të pjesëve tjera të trupit (qarkullimi i madh)

Zemra është e ndarë në 4 dhoma: 2 në anën e djathtë dhe 2 në të majtën. Çdo dhomë lartë është e njohur si atrium ( veshët), dhe çdo dhomë poshtë si ventrikul (barkushë). 4 ndarjet janë të njohura si: atriumi i djathtë dhe ventrikuli i djathtë ; atriumi i majtë dhe ventrikuli i majtë. Barkushet janë të lidhura me veshët nëpërmjet valvulave atrioventrikulare. Qarkullimi i gjakut nëpër zemër përbëhen nga një qark pulmonar (qarkullimi i vogël) dhe një qark sistemik (qarkullimi i madh). Gjaku rrjedh nëpër zemër në një drejtim, nga veshët në barkushë, dhe jashtë në arteriet e mëdha. Kjo realizohet nëpërmjet katër valvulave. Një mur i trashë muskujsh, atrio-ventricular septum, ndan veshin dhe barkushen e majtë nga veshi dhe barkushja e djathtë, duke shmangur kalimin e gjakut mes dy gjysmave të zemrës. Valvulat midis veshëve dhe barkusheve lejojnë kalimin e koordinuar në një drejtim të gjakut nga veshët në barkushë. Gjaku i paoksigjenuar nga ekstremitetet e sipërme dhe të poshtme hyn në atriumin e djathtë. Prej këtej gjaku kalon në ventrikulin (barkushën) e djathtë. Kjo e fundit pompon gjakun në mushkëri nëpërmjet arteries pulmonare. Pas humbjes së dioksidit të karbonit në mushkëri dhe pajisjes me oksigjen, gjaku përmes venave pulmonare hyn në atriumin (veshin) e majtë. Nga atje gjaku i pasur me oksigjen hyn në barkushën e majtë. Kjo është dhoma kryesore e pompimit, që dërgon gjakun përmes aortës në të gjitha pjesët e trupit përveç mushkërive. Barkushja e majtë është më e madhe se sa e djathta, sepse ajo duhet të dërgojë gjakun në gjithë pjesët e trupit përveç mushkrisë, ndërsa barkushja e djathtë dërgon gjak vetëm në mushkëri.<sup>2</sup>

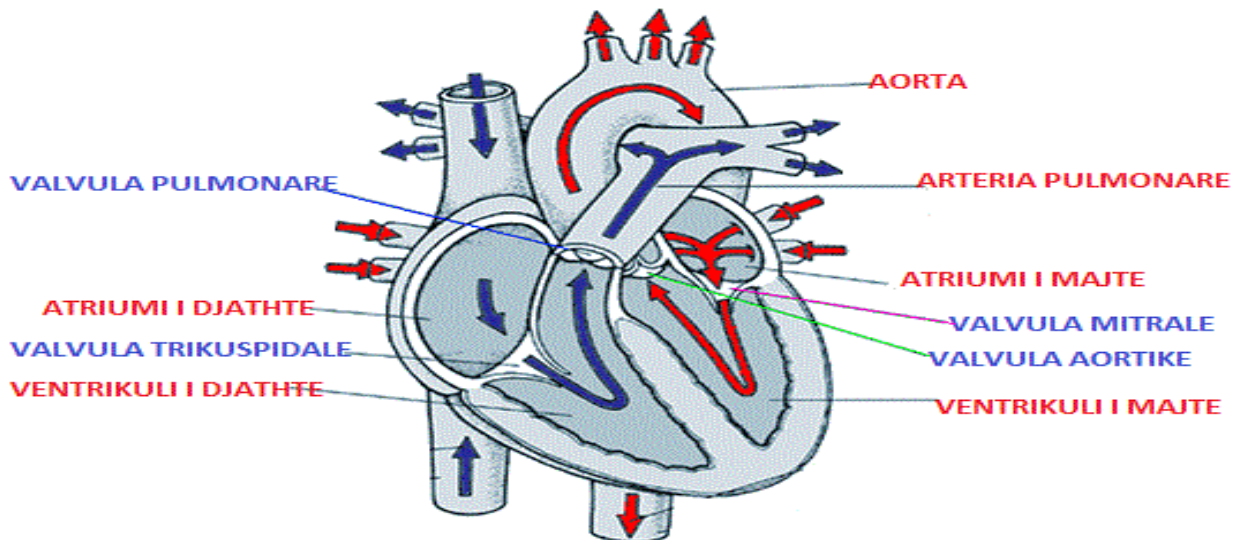


Fig. 3 Prerja e tërthortë e zemrës

Burimi: <https://spitaligjerman.com/kardiokirurgjia>

<sup>2</sup> Shkoza, Artan Ms, "Fiziologjia e njeriut" Shtëpia Botuese UFO press, 2008

Meqë rezistenca në enët e gjakut në trup është pesë herë më e madhe se rezistenca në mushkëri, pjesa e majtë e zemrës duhet të jetë më e fuqishme se pjesa e djathtë. Për këtë arsye pjesa e majtë e ka murin më të trashë se pjesa e djathtë, por volumi është i njëjtë në të dyja pjesët e zemrës.

Barkushja e majtë (ventrikuli i majtë) pompon gjak në qarkullimin sistematik, ku presioni është rreth 80-120 mm Hg, kurse barkushja e djathtë pompon në qarkullimin mushkëror, ku presioni është rreth 8-25 mm Hg. Barkushet janë pompa të fuqishme me mure të trasha muskulore, dhe prandaj presioni i gjakut venoz (0-2 mm Hg) nuk arrin t'i tendosë. Veshët janë dhoma të zemrës, me mure të holla e të tendosshme, që shërbejnë si rezervuarë për gjakun venoz, por që njëkohësisht mund të tkurren e ta pompojnë gjakun me njëfarë presioni për në drejtim të barkushëve.<sup>3</sup>

**Funksioni:** Zemra është pompa. Në mënyrë që pompa (zemra) të kryejë funksionin e saj duhet që muskuli i zemrës të jetë shëndoshë e mirë. Duhet që sistemi elektrik i zemrës të koordinojë tkurrjen e valvulave dhe të barkusheve si dhe duhet që muskuli të furnizohet rregullisht me gjak. Gjatë tkurrjes (sistolës) të barkushes së majtë, presioni brenda barkushes natyrisht është më i lartë sesa presioni në aortë. Kjo e pengon qarkullimin e gjakut në shtratin koronar.

Gjithashtu, fillesa e arterieve koronare gjatë sistolës mbyllet nga kuspet e valvulës të hapur të aortës. Si rrjedhojë, enët koronare nuk mund ta furnizojnë me gjak barkushen e majtë gjatë sistolës.

Barkushja e majtë furnizohet me gjak vetëm gjatë diastolës. Nëse diastola shkurtohet, barkushja e majtë ka më pak kohë për t'u furnizuar me gjak. Valvulat e zemrës duhet të jenë të afta të hapen plotësisht dhe të mbyllen plotësisht.

Mbyllja jo e plotë përbën pamjaftueshmëri të valvulës. Pasojë e pamjaftueshmërisë është regurgitimi (rikthimi i gjakut). Venat rikthejnë gjakun në zemër.

Që të kryejnë këtë funksion, venat janë të pajisura me valvula që nuk lejojnë kthimin e gjakut mbrapsht. Tkurrja e muskujve të gjymtyrëve i shtrydh venat dhe e shtyn gjakun drejt qendrës ('pompa muskulore'). Po ashtu, presioni negativ gjatë frymëmarrjes ndihmon kthimin e gjakut për në zemër.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Shkoza, Artan Ms, "Fiziologjia e njeriut" Shtëpia Botuese UFO press, 2008

<sup>4</sup> Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell, Frederik J. Shoen, MD, PHD – Richard N. Mitchell, MD PHD- Bazat e patologjisë së Robbins-it. Kapitulli 11. Zemra.

## 2.1 Pamjaftueshmeria e Zembrës

**Insuficiencia Kardiake (IK) apo Pamjaftueshmëria e Zembrës** do të thotë se muskuli i zembrës tuaj nuk pompon aq gjak sa organizmi juaj ka nevojë. Kjo nuk do të thotë se zemra juaj ka ndaluar, por se zemra juaj nuk punon aq sa duhet. Insuficiencia e zembrës (e quajtur gjithashtu insuficiencia kongjестive kardiake, ose CHF).

Në insuficiencën e zembrës, zemra është e paaftë të pompojë gjak në një masë që përputhet me kërkesat e indeve metabolizuese, ose mundet ta bëjë këtë vetëm me presione të mbushjes që janë më të larta se normalja.

Fillimi mund të jetë i fshehtë ose akut. Në shumicën e rasteve të CHF-së zemra nuk mund të mbajë të njejtin ritëm me kërkesat periferike bazike; në një pakicë të rasteve, insuficiencia e zembrës vjen nga kërkesat për gjak tepër të rritura të indeve (insuficiencia me debit të lartë).

Nga përkufizimi përjashtohen gjendjet në të cilën debiti kardiak i papërshtatshëm ndodh për shkak të humjes së gjakut ose të ndonjë procesi tjetër që dëmton rikthimin e gjakut në zemër. Nga pikëpamja mekanike, zemra me insuficiencë në CHF nuk mundet më të pompojë gjakun që silllet tek ajo prej qarkullimit venoz.

Debiti kardiak i papërshtatshëm, i quajtur insuficiencë përpara, pothuajse gjithmonë shoqërohet me kongjestion të rritur të qarkullimit venoz (insuficiencë prapa), sepse ventrikuli me insuficiencë është i paaftë të nxjerrë gjakun venoz që silllet tek ai. Kjo sjellsi pasojë vëllim ventricular fund-diaistolik të rritur, duke sjellë presione fund-diaastolike të rritura dhe si përfundim, presione venoze të rritura. Megjithëse problem bazë në CHF-në është në mënyrë tipike funksioni kardiak anormal, pothuajse çdo organ tjetër si përfundim preket nga një ndërthurje e insuficiencës përpara dhe pas.<sup>5</sup>

Insuficiencia kardiake (IK) është një sindromë klinike që shfaqet te pacientët të cilët, për shkak të një anomalie të lindur ose të fituar të structures dhe funksionit kardiak, zhvillojnë një grup simptomash (dispne dhe lodhje) dhe shenjash (edema dhe rale) klinike që çojnë në shtrime të shpeshta në spital, në cilësi të ulët të jetës dhe jetëgjatësi më të shkurtër<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell, -Bazat e patologjisë së Robbins-it. Kapitulli 11. Zemra. Faqe 380.

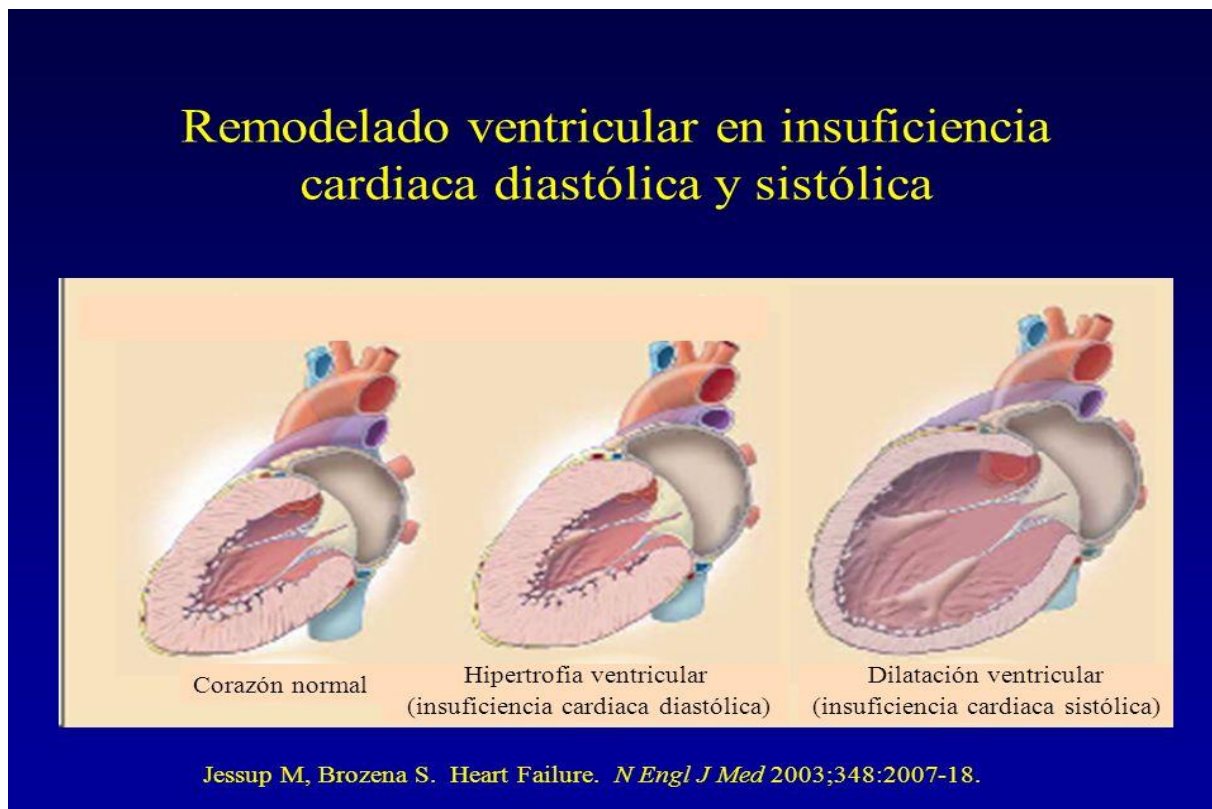
<sup>6</sup> Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapituli 227 faqe 1443

## 2.2 Epidemiologjia

IK-ja është një problem që po rritet me shpejtësi në të gjithë botën, me më shumë se 20 milionë njerëz të prekur. Prevalenca e përgjithshme e IK-së në vendet e zhvilluara është 2%. Prevalenca e IK-së ndjek një model eksponencial, duke u rritur me kalimin e moshës dhe prek 6-10% të personave mbi moshën 65-vjeçare. Megjithëse incidence relative e IK-së është më e ulët te gratë se te burrat, grate përbëjnë të paktën gjysmën e rasteve me IK për shkak të jetëgjatësisë më të lartë të tyre.

Në Amerikën e veriut dhe Evropë, risku gjatë gjithë jetës për të zhvilluar IK është rreth një në pesë për një 40-vjeçar. Prevalenca e përgjithshme e IK-së mendohet se po rritet, pjesërisht sepse terapitë aktuale për sëmundjet kardiake të tilla si infarkti i miokardit (MI), sëmundjeve valvulare të zemrës dhe aritmive, po bëjnë të mundur që pacientët të jetojnë më gjatë. Dihet pak për prevalencën e riskut për të zhvilluar IK në vendet në zhvillim, sepse në këto vende mungojnë studimet e bazuara në popullatë.

Pacientët me insuficiencë kardiake tani kategorizohet në dy grupe: (1) IK me fraksion ejection (EF) të ulur ( që shpesh quhet **insuficiencë sistolike**) ose (2) IK me fraksion ejectioni të ruajtur (që shpesh quhet **insuficiencia diastolike**).<sup>7</sup>



**Fig.2 – Remodelimi i IK sistolike, diastolike. Burimi : [www.slideplayer.es/slide/142721/](http://www.slideplayer.es/slide/142721/)**

<sup>7</sup> Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapituli 227

## Shkaqet e Insuficiencës Kardiakë<sup>8</sup>

**Tabela 1.1 IK me fraksion ejeksioni të ulur (<40)**

Sëmundjet e arterieve koronare	Kardiomiopatia e dilatuar joishemike
Infarkti i miokardit <sup>a</sup>	Sëmundje familjare\gjenetike
Ishemi e miokardit <sup>a</sup>	Sëmundje infiltrative <sup>a</sup>
Mbingarkesë presore kronike	Sëmundje të shkaktuara nga medikamentet\substancë toksike
Hipertension <sup>a</sup>	Çrregullime metabolike <sup>a</sup>
Sëmundje valvulare obstruktive <sup>a</sup>	Virale
Mbingarkesë vëllimore kronike	Sëmundja Chagas
Sëmundje valvulare regurgitive	Çrregullimet e frekuencës dhe ritmit
Shunt intrakardiak	Bradiaritmitë kronike
Shunt jashtëkardiak	Takiaritmitë kronike

Shenja <sup>a</sup> : Tregon sëmundjet që mund të çojnë edhe në insuficiencë kardiakë me fraksion ejeksion të ruajtur

**Tabela 1.2 IK me fraksion ejeksion të ruajtur (>40-50%)**

Hipertrofi patologjike	Kardiomiopatia restriktive
Parësor (kardiomiopati hipertrofike)	Sëmundjet infiltrative (amiloidoza, sarkoidoza)
Dytësore (hipertension)	Sëmundjet e depozitimit (hemokromatoza)
Plakja	Fibroza
Sëmundjet endomiokardiale	

**Tabela 1.3 Sëmundjet Pulmonare të zezës**

Kor-pulmonale
Çrregullimet vaskulare pulmonare

**Tabela 1.4 Gjendjet me debit të lartë**

Çrregullimet metabolike	Rritja e kërkesës për fluks gjaku
Tirotoksikoza	Shunti arteriovenoz sistemik
Çrregullimet nutricionale (beriberi)	Anemia kronike

<sup>8</sup> Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapitulli 227 faqe 1444

**Prognoza** Pavarësisht shumë përparimeve të kohëve të fundit në vlersimin dhe trajtimin e IK-së, zhvillimi simptomatik i IK-së mbart ende një prognozë jo të mirë. Studimet e bazuara në komunitet tregojnë që 30-40% e pacientëve vdesin brenda një viti nga vendosja e diagnozës dhe 60-70% vdesin brenda 5 vjetësh, kryesisht nga përkeqësimi i IK-së ose nga vdekja e papritur ( ndoshta për shkak të aritmive ventrikulare).

Megjithëse është e vështirë të parashikohet prognoza te një individ, pacientët që kanë simptoma në qetësi [stadi IV i IK-së sipas shoqatës së Kardiologjisë, New York (NYHA)] kanë një vdekshmëri vjetore prej 30-70%, ndërsa pacientët me simptoma në aktivitet fizik mesatar (stadi II i NYHA-së) kanë një vdekshmëri prej 5-10%. Kështu, statusi funksional është një parashikues i rëndësishëm i rezultateve të pacientit.<sup>9</sup>

**Patogjeneza** IK-ja mund të konsiderohet një çrregullim progresiv që fillon pasi një ngjarje paralajmëruese dëmton muskulin e zemrës, që pasohet nga humbja e miociteve kardiake ose dëmton aftësinë e miokardit për të krijuar force, duke dëmtuar kështu kontraktimin normal të zemrës.

Kjo ngjarje paralajmëruese mund të shfaqet në mënyrë akute, si në rastin e infarktut të miokardit; ajo mund të jetë graduale ose e fshehtë, si në rastin e mbingarkesës hemodinamike presore ose vëllimore; ose mund të jetë e trashëgueshme, si në rastin e shumë kardiomiopative gjenetike. Pavarësisht natyrës së ngjarjes nxitëse, tipari i përbashkët i të gjitha këtyre ngjarjeve paralajmëruese është që ato të gjitha, në një fare mënyre, japin një ulje të aftësisë pompuese të zemrës.

Në pjesën më të madhe të rasteve pacientët mbesin josimptomatik ose me simptoma minimale pas uljes fillestare të aftësisë pompuese të zemrës, ose zhvillojnë simptoma vetëm pasi disfunksioni ka qenë i pranishëm për njëfarë kohe.

Kështu, i parë brenda kuadrit konceptual, disfunksioni i ventrikulit të majtë është i nevojshëm, por jo i mjaftueshëm, për zhvillimin e sindromes së IK-së.

---

<sup>9</sup> Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapitulli 227 faqe 1444

## 2.3 Karakteristikat Klinike

Simptomat kryesore të IK-së janë :

- **Lodhje,**
- **Dispnea,**
- **Ortopnea,**
- **Frymëmarrja Cheyne-Stoke**
- **Simptoma të tjera**

**Lodhja** i është atribuar hedhjes kardiake të ulët në IK, ka mundësi që anomalitë muskulo-skeletike dhe sëmundje të tjera të njëkohshme jokardiake (p.sh, anemia) të kontribuojnë gjithashtu në simptoma. Në stadiet e hershme të IK-së, dispnea vërehet vetëm gjatë sforcimeve fizike; por me përparimin e sëmundjes, dispnea shfaqet edhe gjatë aktivitetit më pak të rëndë fizik dhe në fund edhe në qetësi. Origjina e dispnes në IK ka shumë mundësi të jetë multifaktoriale. Dispnea bëhet më e rrallë kur shfaqet insuficienca e ventrikulit të djathtë (RV) .

**Ortopnea**, e cila përkufizohet si dispne që shfaqet në pozicion shtrirë, është zakonisht një manifestim më i vonë i IK-së në krahasim me dispnenë e aktivitetit fizik. Ajo vjen. Kolla gjatë natës është një manifestim i shpeshtë i këtij procesi dhe është një simptomë e IK-së. Ortopnea në përgjithësi kalon kur pacienti rri ulur ose kur përdor disa jastëkë. Megjithëse ortopnea është një simptomë relativisht specifike e IK-së, ajo mund të shfaqet te pacientët me obezitet ose ascit dhe te pacientët me sëmundje pulmonare, mekanika pulmonare e të cilëve ka nevojë për një qëndrim drejt dhe jo shtrirë.

**Dispnea Paroksizmale Nokturne (PND)** ky term u referohet episodave acute të dispense së rëndë dhe kollës që zakonisht shfaqet natën dhe zgjojnë pacientin nga gjumi, zakonisht 1-4 orë pasi pacienti është shtrirë për të fjetur. Pacientët me PND shpesh kanë kollë dhe gulçimë të vazhdueshme edhe pasi kanë marrë pozicionin ulur.

**Frymëmarrja Cheyne-Stoke**, që quhet gjithashtu frymëmarrja periodike ose ciklike, është e zakonshme në IK-në e përparuar dhe zakonisht shoqërohet me ulje të debitit kardiak. Frymëmarrja Cheyne-stokes shkaktohet nga një ndjeshmëri e ulur e qendrës së frymëmarrjes. Këto ndryshime të përmbajtjes në gaze të gjakut arterial stimulojnë qendrën e deprimuar të frymëmarrjes, duke çuar në hiperventilim dhe hipokapni, që pasohet nga shfaqja e apnesë. Frymëmarrja Cheyne-stokes mund të përcaktohet nga pacienti ose nga familja e pacientit si dispne e rëndë ose si një ndalim i përkohshëm i frymëmarrjes.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapituli 227 faqe1446

## **Simptoma të tjera**

Pacientët me insuficiencë kardiake mund të paraqesin gjithashtu simptome gastrointestinale. Anoreksia, nauzeja dhe ngopja e shpejtë të shoqëruara me dhimbje abdominale dhe ndjenjë të fryrjes së barkut janë ankesa të shpeshta. Simptomat cerebrale, të tilla si konfuzioni, çorientimi dhe çrregullimet e gjumit dhe humorit, mund të vihet re te pacientët e IK të rëndë, veçanërisht te pacientët e moshuar me arterosklerozë cerebrale dhe përfusion cerebral të reduktuar. Nikturia (urinimi gjatë natës) është e shpeshtë në IK dhe mund të kontribuojë në insomnia (pagjumësi).

## **Ekzaminimi objektiv**

Një ekzaminim i kujdesshëm objektiv është gjithmonë i nevojshëm për vlersimin e pacientëve me IK. Qëllimi i ekzaminimit është ndihma për të përcaktuar shkakun e IK-së dhe vlerësimin e sertë të sindromes. Përfitimi i informacionit shtesë për profilin hemodinamik dhe përgjigjen ndaj terapisë dhe përcaktimin e prognozës janë qëllime të tjera të ekzaminimit objektiv.

## **Pamja e përgjithshme dhe shenjat jetësore**

Në IK të lehtë ose pak të rëndë, pacienti nuk duket simptomatikë në qetësi, përveç se nuk ndihet rehat kur shtrihet për më shumë se disa minuta. Në IK të rëndë, pacienti duhet të qëndrojë ulur, mund të ketë frymëmarrje të mundimshme dhe mund të mos jetë i aftë të mbarojë një fjali për shkak të dispnesë. Presioni sistolik i gjakut mund të jetë normal ose i lartë në IK të hershme, por në përgjithësi reduktohet në IK të përparuar për shkak të disfunkcionit të rëndët të VM-së. Pulsu mund të jetë i dobësuar, duke pasqyruar kështu reduktimin e vëllimit të hedhjes.

## **Diagnoza**

Diagnoza e IK-së është relativisht e thjeshtë kur pacienti paraqitet me shenjat dhe simptomat klasike të IK-së; gjithsesi, shenjat dhe simptomat e IK-së nuk janë as specifike dhe as sensitive. Duke pasur parasysh këtë, çelësi për të vendosur diagnozën është pasja e një dyshimi të madh, veçanërisht për pacientët me risk të lartë. Kur këta pacientë paraqesin shenja dhe simptome të IK-së, duhet të bëhen analiza të mëtejshme laboratorike.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapitulli 227 faqe1446



## 2.4 Përcaktimi i diagnozës së insuficiencës kardiake

Shenjat dhe simptomat klinike ndërmjet insuficiencës kardiake sistolike dhe diastolike nuk ndryshojnë. Nuk është e çuditshme që insuficienca kardiake konsiderohet si një sindromë dhe ka një numër etiologjishë të mundshme.

**Ajo mund të konfirmohet me anë të metodave diagnostike, të tilla si :**

- **Testet laboratorike rutinë**
- **Elektrokardiogrami (EKG)**
- **Radiografia e toraksit**
- **Ekokardiografia (EKO)**
- **Vlerësimi i funksionit diastolik dhe**
- **Prova ushtrimore.**

Megjithatë, simptomat janë më domethënëse për diagnostifikimin e sëmundjes.<sup>12</sup>

**Testet laboratorike rutinë** Pacientëve me IK të shfaqur rishtas dhe atyre me IK kronike dhe dekompensim akut duhet t'u bëhet një analizë e gjakut komplet, elektrolitet, uremia, kreatinemia, enzimat hepatike dhe një analizë urine. Disa pacientë duhet të vlerësohen për diabet melit (glikemia esëll ose testi i tolerancës së glukozit oral), dislipidemi (lipidet esëll) dhe anomalit të tiroides (niveli i hormonit tiroid-stimulues).

**Elektrokardiogrami (EKG)** Rekomandohet një EKG rutinë me 12 derivacione. Rëndësia kryesore e EKG-së është vlerësimi i ritmit kardiak, përcaktimi i hipertrofisë së ventrikulit të majtë ose i një infarkti të mëparshëm të miokardit (prania ose mungesa e valëve Q) dhe gjithashtu të përcaktojë gjerësinë e QRS-së për t'u siguruar nëse pacienti mund të përfitojë nga terapia e risinkronizimit. Një EKG normale praktikisht përjashton disfunktionin e ventrikulit të majtë.<sup>13</sup>

**Radiografia e toraksit** Kjo siguron informacion të dobishëm për përmasat dhe formën kardiake dhe gjithashtu për gjendjen e vazave dhe mund të identifikojë shkaqet jokardiake të simptomave të pacientit. Megjithëse pacientët me IK acute kanë të dhëna për hipertension pulmonar, edemë interstiale dhe\ose edemë pulmonare, pjesa më e madhe e pacientëve me IK kronike nuk i kanë këto shenja. Mungesa e këtyre të dhënave të pacientët me IK kronik, pasqyron kapacitetin e shtuar të enëve limfatike për të eliminuar likidin intersticial ose pulmonar<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> Richard S.Irwin dhe James M. Rippe G. William Dec. Mjekësia e Kujdesit intensive. Kapitulli 33 Faqe 337.

<sup>13</sup> Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapitulli 227 faqe1447

<sup>14</sup> Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell, Frederik J. Shoen, MD, PHD – Richard N. Mitchell, MD PHD- Bazat e patologjisë së Robbins-it. Kapitulli 1

**Ekokardiografia ose EKO-ja e zemrës** është një ekzaminim joinvaziv, i sigurtë dhe i efektshëm që studion anatomine e zemrës nepermjet ultratingujve (vale zëri me frekuence te larte). Eko-ja e zemrës ndihmon për të vlerësuar përmasat e dhomave dhe mureve te zemrës te cilat mund të ndryshojnë nga hipertensioni arterial, infarkti i miokardit ose insuficiencia kardiake për te vlerësuar aftesine pompuese te saj, për te vlerësuar strukturen dhe punen e valvulave te zemrës, për të zbuluar anomali të tjera që mund te shkaktojnë aritmi te rrezikshme për jetën, për të zbuluar në qoftë se ka lëng, mpiksje gjaku ose tumore në zona të ndryshme te zemrës.

**Prova ushtrimore** Testi i proves ushtrimore me analizen e vazhdueshme të shkëmbimit të gazrave siguron një objektivë të sigurtë dhe matje të sakta për kapacitetin funksional me IK të VM simptomatik. Prova ushtrimore është një metodë e sigurtë dhe matje produktive e kapacitetit funksional në pacientët me simptoma të IK të VM.

### **Diagnoza diferenciale**

IK-ja u ngjan dhe duhet të diferencohet nga (1) sëmundjet në të cilat ka kongestion qarkullues që shkaktohet nga retensioni i ujit dhe kripërave, por kongestion qarkullues që shkaktohet nga retensioni i ujit dhe kripërave, por nuk ka dëmtime të strukturës ose funksionit kardiak (p.sh. insuficiencia renale) dhe (2) shkaqet jokardiake të edemës pulmonare (p.sh. sindroma e detresit respirator akut).

Në pjesën më të madhe të pacientëve që paraqiten me shenjat dhe simptomat klasike të IK-së, diagnoza është relativisht e lehtë. Gjithsesi, edhe mjekët me përvojë mund të kenë vështirësi në diferencimin e dispnesë që vjen nga shkaqe kardiake nga ajo që vjen nga shkaqe pulmonare. Për këtë, mund të jenë të dobishme imazheria kardiake joinvazive, bioshënjesit, testimi i funksionit pulmonar dhe radiografia me reze X. Kur IK-ja zhvillohet te pacientët me një EF të ruajtur, mund të jetë e vështirë të përcaktohet kontributi relative i IK-së në dispnenë që shfaqet në sëmundjet kronike të mushkërive dhe\ose në obezitet.<sup>15</sup>

### **Përpilimi i një strategjie të përshtatshme terapeutike për IK-në kronike**

Kur pacientët kanë zhvilluar sëmundje organike të zemrës, trajtimi i tyre varet nga klasifikimi funksional NYHA (Tabela 2). Për pacientët që kanë zhvilluar disfunkcion sistolik të ventrikulit majtë, por mbeten asimptomatikë (stadi I), qëllimi duhet të jetë ngadalësimi i përparimit të sëmundjes nëpërmjet bllokimit të sistemeve neurohormonale që çojnë në rimodelim kardiak. Për pacientët që kanë zhvilluar simptoma (stadi II-IV), qëllimi kryesor duhet të jetë ulja e retensionit të likideve, përmirësimi i invaliditetit dhe reduktimi i riskut të përparimit të mëtejshëm të sëmundjes dhe vdekjes.

---

<sup>15</sup> Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapituli 227 faqe1448

## Klasifikimi nga shoqata e kardiologjisë, New York

Kapaciteti funksional	Vlerësimi objektiv
<b>Stadi I</b>	Pacientët me sëmundje kardiake, por pa kufizime të aktivitetit fizik. Aktivitetet e zakonshme fizike nuk shkaktojnë lodhje të tepërt, palpitatione, dispne ose anginë.
<b>Stadi II</b>	Pacientët me sëmundje kardiake që çon në kufizime të lehta në aktivitetin fizik. Ata nuk kanë shqetësime në qetësi. Aktivitetet e zakonshme fizike shkaktojnë lodhje, palpitatione, dispne ose anginë.
<b>Stadi III</b>	Pacientë me sëmundje kardiake që çojnë në kufizime të theksuara të aktivitetit fizik. Ata nuk kanë shqetësime në qetësi. Aktivitetet e lehta fizike shkaktojnë lodhje, palpitatione, dispne ose anginë.
<b>Stadi IV</b>	Pacientët me sëmundje kardiake që çojnë në paaftësi për të zhvilluar ndonjë aktivitet fizik pa simptoma. Simptomat e insuficiencës kardiake ose të syndromes anginoze mund të jenë të pranishme edhe në qetësi. Nëse bëhet ndonjë aktivitet fizik, shqetësimet shtohen. <sup>16</sup>

Tabela.2

Faktorët që mund të precipitojnë IK kronike në dekomensim akut
Dieta e papërshtatshme
Infarkti\ishemia e miokardit
Aritmitë (takikardia dhe bradikardia)
Ndërprerja e terapisë së IK-së
Infeksionet
Anemia
Fillimi i medikamenteve që përkeqësojnë IK-në
Kalcibllokuesit (verapamil, diltiazem)
Betabllokuesit
Barnat antiinflamatore josteroide
Barnat antiaritmike [të gjitha barnat e klasës 1, sotaloli (klasa III)]
Antitruapat anti-TNF
Konsumimi i alkoolit
Shtatzënia
Përkeqësimi i hipertensionit
Insuficienca valvulare akute

Tabela 3

<sup>16</sup> Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapitulli 227 faqe1448

## 2.5 Trajtimi i IK-së masat e përgjithshme

Mjekët duhet të kenë si synim zbulimin dhe trajtimin e sëmundjeve bashkëekzistuese të tilla si hipertensioni, diabeti melit, anemia dhe frymëmarrja që çrregullohet në gjumë, duke qenë se këto sëmundje kanë prirje të përkeqësojnë IK-në. Pacientët me IK duhet të këshillohen që të lënë duhanin dhe të kufizojnë konsumimin e alkoolit deri në dy pirje standard në ditë te burrat dhe një në ditë te grate. Pacientët që dyshohet se kanë kardiomiopati të shkaktuar nga alkooli duhet të nxiten të lënë alkoolin përgjithmonë. Duhet të shmangen temperaturat ekstreme dhe aktiviteti i rëndë fizik. Dihet se disa medikamente e përkeqësojnë IK-në dhe duhet të shmangen (Tabela 3). Për shembull, barnat antiinflamatore josteroide.

Shumica e njerëzve me pamjaftueshmëri të zemrës duhet të marrin më shumë medikamente:

- Për të penguar pamjaftueshmërinë mos të përkeqësohet. Këto brana janë ACE inhibitorët, bllokuesit e receptorëve të angiotensinës II, beta-bllokuesit, dhe barnat vazodilatatore, si hidralazina ose nitroglicerina.
- Për të reduktuar simptomat: në këtë grup bëjnë pjesë diuretikët (tabletat që largojnë ujin), digoksina dhe kaliumi.
- Për të mjekuar shkaktarët e pamjaftueshmërinë së zemrës.

Është shumë e rëndësishme që barnat të merrën saktësisht si ka udhëzuar mjeku. Nëse nuk merren ashtu, pamjaftueshmëria e zemrës mund të përkeqësohet.

Ndryshimet në mënyrën e të jetuarit janë pjesë e rëndësishme e trajtimit. Ato ndihmojnë të zvogëlohet pamjaftueshmëria e zemrës. Ato mund të ndihmojnë të kontrolloni edhe sëmundjet tjera të cilat e përkeqësojnë punën e zemrës, si presioni i lartë i gjakut, diabeti, dhe sëmundja e arteries koronare. Po me kaq rëndësi është edhe që pacienti dhe familja të edukohen për IK-në, për rëndësinë e një diete të përshtatshme dhe, gjithashtu për rëndësinë e marrjes së përpiktë të mjekimit.<sup>17</sup>

**Aktiviteti** Megjithëse aktiviteti i rëndë fizik nuk rekomandohet në IK, ushtrimet e lehta të përditshme janë parë të jenë të dobishme te pacientë me IK të klasës I-III NYHA. Për pacientët euvolemikë, duhet të këshillohen ushtrimet e rregullta izotonike, të tilla si ecja ose ushtrimet me biçikletë të palëvizshme me ergometër, me kohëzgjatje aq sa reziston pacienti. Disa studime të trajnimit me ushtrime kanë zbuluar rezultate inkurajuese për sa i përket reduktimit të simptomave, rritjes së mundësisë për të kryer aktivitet fizik dhe përmirësimit të cilësisë dhe zgjatjes së jetës. Përfitimit që vijnë nga humbja e peshës nëpërmjet kufizimit të kalorive të marra nuk janë përcaktuar qartësisht.

<sup>17</sup> Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapituli 227 faqe1448

**Dieta** Kufizimi i natriumit në dietë (2-3g\ditë) rekomandohet për të gjithë pacientët me IK dhe EF të ruajtur ose të reduktuar. Kufizimi i mëtejshëm (<2g\ditë) mund të merret në konsiderate në IK të rëndë ose të moderuar. Në përgjithësi, kufizimi i likideve nuk është i nevojshëm me përjashtim të rasteve kur pacienti zhvillon hiponatremi(<130meq\L), e cila mund të zhvillohet për shkak të aktivizimit të sistemit reninë-angiotensinë, sekretimit të tepërt të hormonit antidiuretik ose humbjes së kripërave më tepër sesa ujit nga përdorimi i diuretikëve. Kufizimi i likideve (<2L\ditë) duhet të merret në konsiderate te pacientët hiponatremikë ose tek ata te të cilët retensioni i likideve është i vështirë të kontrollohet pavarësisht dozave të mëdha të diuretikëve dhe kufizimit të kripërave. Suplementet kalorike rekomandohen për pacientë me IK të përparuar dhe humbje të padëshiruar të peshës ose të masës muskulore ( kaheksia kardiake); gjithsesi, steroidet anabolike nuk rekomandohen për këta pacientë për shkak të problemeve të mundshme me ruajtjen e vëllimit. Përdorimi i suplementeve dietetike (“lëndëve ushqyese”) duhet të shmanget në trajtimin e IK-së simptomatike për shkak të mungesës së përfitimit të sigurtë dhe potencialit për ndërveprime të rëndësishme ( negative) me mjekimin e IK-së.

**Diuretikët** Shumë nga manifestimet klinike të IK-së së moderuar dhe të rëndë shkaktohen nga retensioni i shtuar i kripës dhe ujit që çon në zgjerim të vëllimit dhe simptomave kongjестive. Diuretikët janë agjentët e vetë farmakologjikë që mund të kontrollojnë retensionin e likideve në IK, të staveve të përparuara dhe ato duhet përdoren për të ruajtur vëllimin normal te pacientët me simptoma kongjестive (dispne, ortopne, edemë) ose shenja të presioneve të rritura të mbushjes kardiake (rale, zgjerim i venave jugolare ose edema periferike).

Furosemid, torsemid dhe bumetanid vepronë në anësin Henle (diuretikët e ansës) duke bllokuar në mënyrë të rikthyeshme përthithjen e Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup> dhe Cl<sup>-</sup> në pjesën e trashë ashëndente të ansës së Henle-s; tiazidet dhe metolazoni reduktojnë ripërthithjen e Na<sup>+</sup> dhe Cl<sup>-</sup> në gjysmë e parë të tubulit kontort distal; dhe diuretikët që ruajnë kaliumin, të tillë si spironolaktoni vepronë në nivel të duktusit kolektor. Megjithëse të gjithë diuretikët rrisin ekskrecionin e natriumit dhe vëllimin urinar, ata ndryshojnë për sa i përket fuqisë dhe vetive farmakologjike. Ndërsa diuretikët e ansës rrisin ekskretimin e natriumit jonik me 20-25%, diuretikët tiazidikë e rrisin atë me vetëm 5-10% dhe kanë prirje që të humbasin efikasitetin e tyre te pacientët me insuficiencë renale mesatare.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapitulli 227 faqe1448

## 2.6 Kujdesi Infermieror

Kur një paciente paraqitet në ambientet spitalore dhe i jepet diagnoza përfundimtare ne jemi të detyruar të japim një kujdes të vaçant për të parandaluar çdo komplikacion të metejshëm.

Ky lloj kujdesi i jepet mbi bazë të shenjave apo ankesave që pacienti paraqet kur është nën kushtet e nje eforti fizik apo të një krize kardiake.

Kujdesi infermieror gjithashtu bazohet dhe në vendosjen e diagnozës pozitive që në rastin tonë është në pacientë që kanë IK.

Disa nga detyrat kryesore të infermierës janë: përqendrimi tek nevojat personale dhe individuale të pacientit, zvogëlimi i rrezikut të paraqitjes së infeksioneve, ngritja e shkathtësive infermiore gjatë planifikimit dhe zbatimit të fazave të procesit infermieror, studimi rreth zbatimit të drejtë të teknikave të aplikimit, përdorimi i drejtë i metodave aseptike, shmangia e lëndimeve gjatë ndërhyrjeve si dhe zhvillimi dhe avancimi i mëtejshëm në procesin infermieror në mënyrë që të minimizohen gabimet.<sup>19</sup>

Si fillim një infermier duhet të ketë qëllimet dhe objektivat e tij, të cilat janë:

1. Kujdesi infermieror në shenjat vitale
2. Dhënja e rëndesis për shenjat dhe simptomat që pacienti ankon
3. Kujdesi infermieror në dhënjen e medikamenteve
4. Kujdesi infermieror ndaj komplikacioneve të mëvonshme ( minimizimi i tyre)
5. Informimi i pacientit për gjithçka rreth sëmundjes dhe kujdesit që ai vetë duket të kryej pas daljes nga spitali.

---

<sup>19</sup> Tonja A, Pula A, Basha E, “Bazat e infermieristikës së Përgjithshme “ Tirane 2004

## **2.7 Vlerësimi fillestar**

Infermiera vlerëson nivelin e vetëdijes, është shumë e rëndësishme të vlersohet orientimi në kohë, vend dhe hapsirë. Një humbje e vetëdijes do të thotë që zemra nuk po jep sasinë e duhur të gjakut për të plotësuar kërkesat e trurit për oksigjen.

Infermiera siguron menjëherë kontrollin e shenjave vitale. Ai bën matjen e presionit arterial, zbulon ritmin kardiak, interpreton monitorimin kardiak për të vlerësuar disritmine, matë frekuencen respiratore.

Infermiera matë peshen trupore, për shkak të pranisë së lëngut të tepërt në trup. Pacienti gjithashtu ankohet për kollë dhe pagjumësi gjatë natës.

Mos pranimi i dhimbjes apo prania e çfardo diskonforti është reaksioni i shpeshtë në këto raste. Ky lloj reaksioni apo refuzimi është e dëmshme për pacientin. Infermieri i shpjegon pacientit domosdoshmërinë e raportimit të çdo diskonforti. Frika, ankthi dhe zemërimi janë reaksione të zakonshme të pacienteve dhe familjareve.

Vlerësimi infermieror fokusohet në identifikimin e këtyre ndjenjave. Infermieri lejon pacientin dhe familjaret të shpjegojnë se si e kanë kuptuar sëmundjen e IK dhe të sqarojnë çdo keqinformim.

## **2.8 Diagnoza infermierore**

Në bazë të vlerësimit infermieror identifikon disa diagnoza si psh:

1. Ndryshimet që zemra është e paaftë të pompojë gjak në një masë që përputhet me kërkesat e indeve metabolizuese.
2. Mungesë frymëmarrje gjatë një sforcimi fizik ose duke qendruar shtrirë,
3. Paaftesi për të kryer aktivitete e lidhura me kërkesat dhe nevojave të zemrës për gjak,
4. Lodhje, dobësi dhe ndjesi marrjesh mend,
5. Vështirësi në përqendrim dhe ulje të gjendjes së gadishmëris,
6. Rritja në peshë për shkak të lëngut të tepërt në trup, kjo gje mund të çojë në një mbledhje të ujit në bark, në këmbë dhe në kavalje,
7. Probleme renale që çojnë në mbajtjen e ujit,
8. Veshtërsi me fjetjen, për shkak të diskonfortit.

## **2.9 Planifikimi infermieror**

Plani i kujdesjeve infermierore fillon që në momentin e paraqitjes së pacientit në ambientin e spitalit. Roli i infermierës konsiston më tepër në momentin e dëmtimit dhe imobilizimin e pacientit sepse në periudhën e rehabilitimit pacienti është më aktiv.

Qëllimet kryesore për këta pacientë përfshinë:

- Sigurimin e komfortit
- Parandalimin e komplikacioneve
- Menaxhimi i dhimbjes
- Parandalimi i dëmtimeve
- Monitorimi shenjave vitale
- Kujdesi për ushqimin (dieta)
- Këshillimi i pacienteve

## **2.10 Ndërhyrja infermierore**

Rregullimi i debitit kardiak: Kujdesi infermieror për pacientin përfshin observimin e vazhdueshëm të gjëndjes kardiake të tij, në vlerësimin e gjëndjes kardiake të pacientit infermieri përcakton efektivitetin e debitit kardiak përmes observimeve klinike siç janë: presioni arterial, rrahjet e zemrës.

Gjithashtut mbahen nën vëzhgim parametrat tregues në monitor. Funkzioni kardiak është i lidhur dhe me funksionin renal. Matet sasia e urines dhe shënohet në kartelen e pacientit për 24 orë.

Krijimi i një regjimi ushqimor për pacientet me IK.

Informimi i pacientit për vetkujdesje: infermieri së bashku me mjekun në momentin e daljes nga spitali e informon pacientin dhe familjarë të tij duke i tërhequr vëmendjen mbi marrjen me rregull dhe vazhdimisht të mjekimit mbajtës, dietën, aktivitetin fizik, dhe vizitat e kontrollit me mjekun kardiolog.

## **2.11 Vlerësimi përfundimtar**

Në këtë fazë bëhet rishikimi i planit të kujdesit infermieror për të parë se sa efektive kanë qenë veprimet që janë ndërmarr.



### **3. QELLIMI I PUNIMIT**

Qëllimi i punimit është hulumtimi i disa karakteristikave të përgjithshme të pacientëve me Insuficiencë Kardiake nga numri i përgjithshëm i pacientëve të trajtuar në repartin e Njesisë Koronare dhe Internos të Spitalit regjional “Isa Grezda” në Gjakovë gjatë periudhës Janar-Dhjetor të dy viteve 2015 dhe 2016.

#### **Objektivat:**

Objektivat e punimit janë:

- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me Insuficiencë Kardiake sipas struktures gjinore,
- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve me Insuficiencë Kardiake sipas struktures së moshës,
- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve Insuficiencë Kardiake sipas viteve të hospitalizimit,
- ❖ Studimi i të dhënave të pacientëve të Insuficiencë Kardiake sipas muajve të vitit kur pacientet ishin të hospitalizuar.

#### **4. Metodologjia ( materialet dhe metodat)**

Materialet të cilat janë përdorur për këtë studim janë marrur në protokollet e repartit të Internos, dhe Njesis Koronare nga Janari deri në Dhjetor të viteve 2015, 2016.

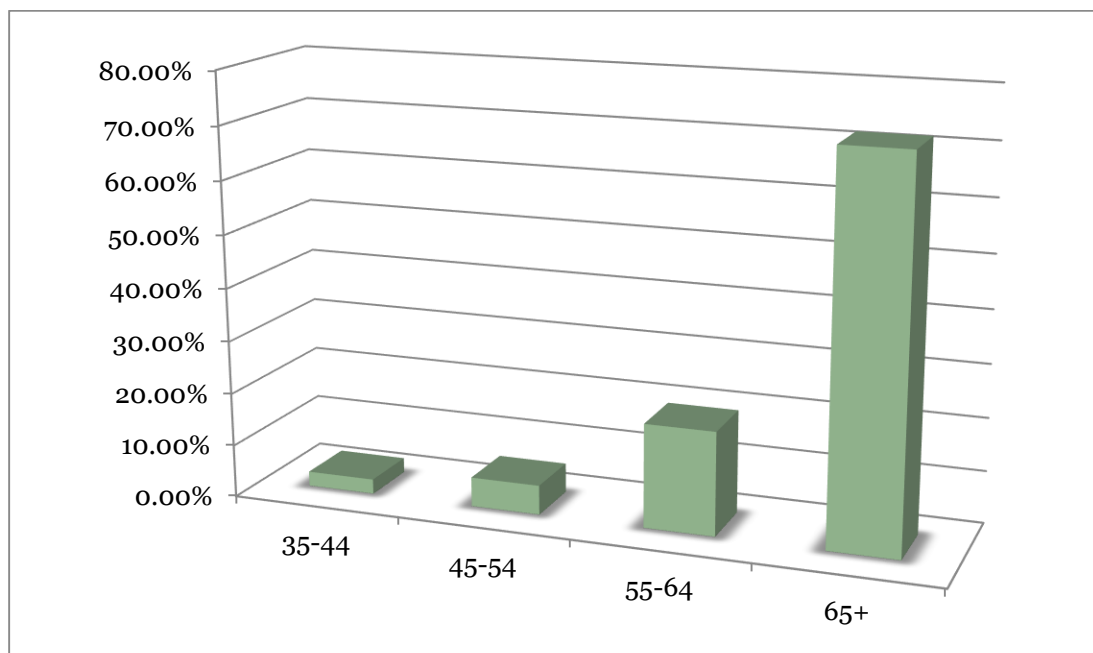
Lloji i punimit është retrospektiv. Në këtë punim janë përfshirë figura dhe rezultatet janë prezantuar përmes tabelave dhe grafikoneve të cilat paraqesin numrin absolut dhe përqindjen e dukurisë së analizuar. Për marrjen e këtyre të dhënave jemi lejuar nga drejtoria e spitalit të Gjakoves “Isa Grezda”.

## 5. Rezultate

Në studim janë përfshi gjithsej 110 pacientë. Nga këta 71 pacientë me IK kanë qenë të hospitalizuar gjatë vitit 2015. Ndërsa gjatë vitit 2016 ishin të hospitalizuar me diagnozen e IK gjithsej 39 pacientë. Në tabelën.4 dhe grafikon. 2 i kemi paraqitur rastet me IK sipas grupmoshave të pacientëve të hospitalizuar gjatë vitit 2015.

**Tabela. 4 Numri dhe përqindja e rasteve të pacientëve me IK sipas grupmoshave gjatë periudhes Janar-Dhjetor 2015**

Grupmosha	Nr. i rasteve	%
35-44	2	2.82%
45-54	4	5.63%
55-64	14	19.72%
65+	51	71.83%
Gjithsej	71	100.00%



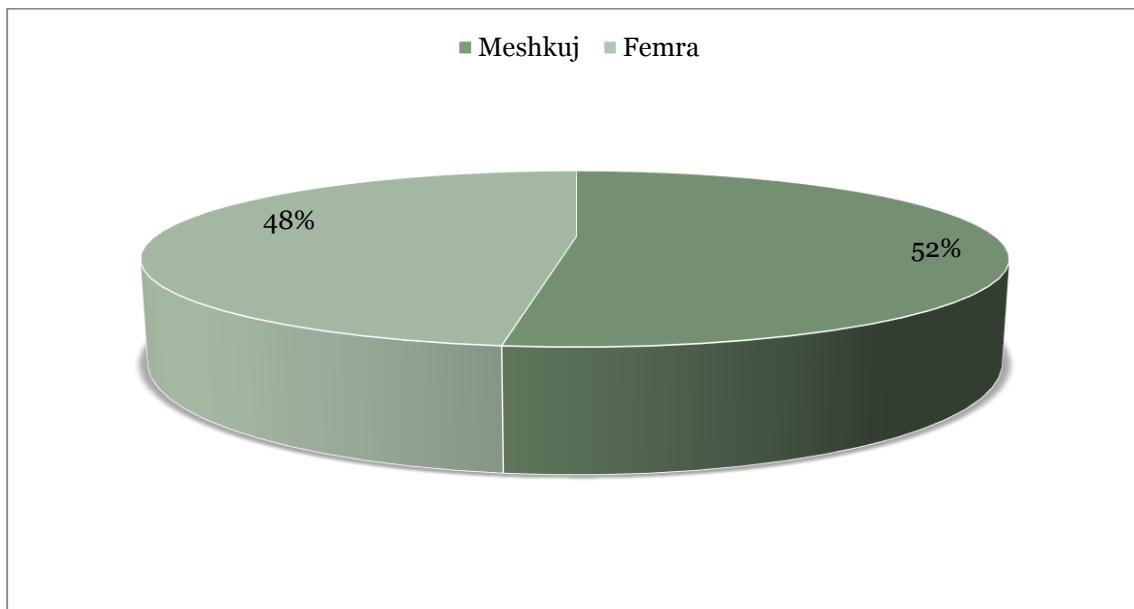
**Grafikoni.1 Përqindja e rasteve të pacientëve me IK sipas grupmoshave gjatë periudhes Janar-Dhjetor 2015**

Në tabelen.4 dhe grafikonin.1 vërejm se prej 71 pacientëve me IK në vitin 2015, prej tyre me moshë nga 35-44 vjeç 2 pacienta ose 2.82%, prej moshës 45-54 vjeç kanë qenë 4 pacientë ose 5.63%, prej moshës 55-64 vjeç kanë qenë 14 pacientë ose 19.72% ndërsaq mosha më e prekur me IK është mosha mbi 65 vjeç me 51 pacientë ose 71.83% të hospitalizuarve me IK gjatë këtij viti.

Në studim ishin 71 pacenta me IK, të gjinisë femërore janë 34 raste ose (47.89%) ndërsa të gjinisë mashkullore janë 37 raste ose (52.11%). Në tabelë 5 dhe grafikun 2 i kemi paraqitur rastet me IK sipas gjinisë për vitin 2015

**Tabela.5 Rastet me IK tek të dy gjinitë gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2015**

Gjinia	Numri	Përqindja
<i>Femer</i>	34	47.89%
<i>Mashkull</i>	37	52.11%
<i>Gjithsej</i>	71	100.00%



**Grafikoni .2 Përqindja e rasteve të pacientëve me IK sipas dy gjinive gjatë vitit 2015**

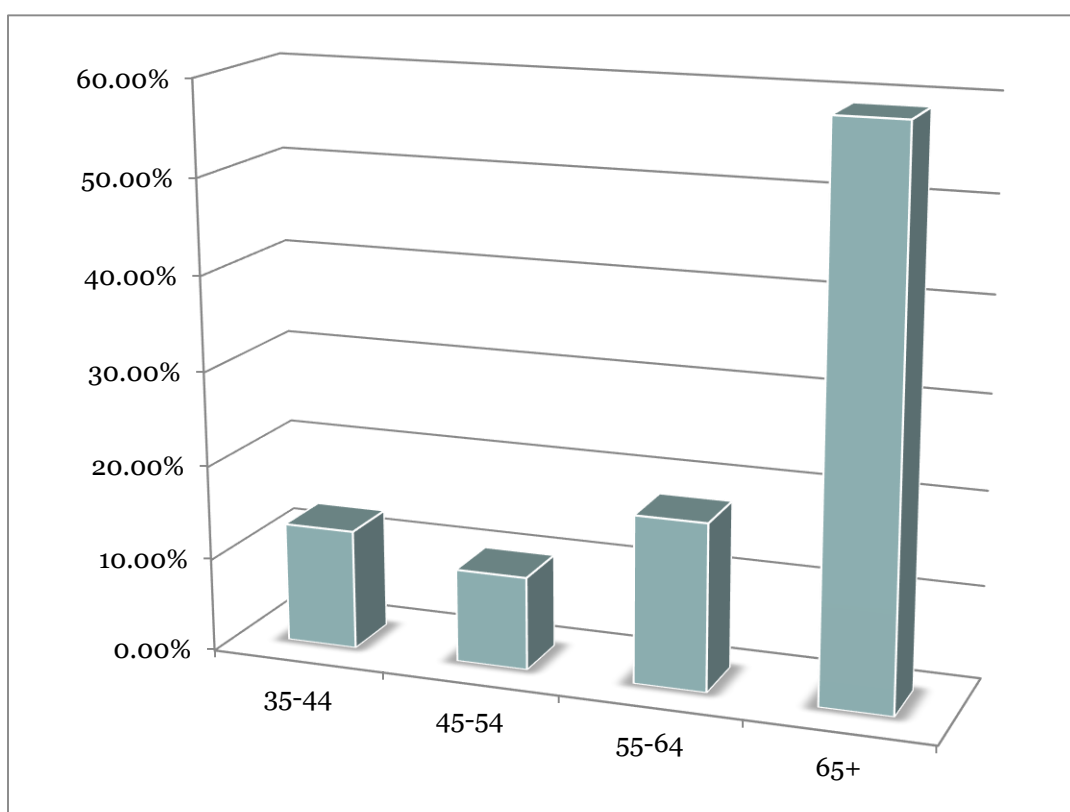
Rezultatet tregojn se në vitin 2015, gjinia me e prekur me IK ka qenë gjinia mashkullore me 52.11%.

Në vitin 2016 në spitalin regional “Isa Grezda” ishin 39 pacenta me IK.

Në tabelën.6 dhe grafikon.3 i kemi paraqitur rastet me IK sipas moshës për vitin e sipërsënuar.

**Tabela.6 Numri dhe përqindja e rasteve të pacientëve me IK sipas grupmoshave gjatë periudhes Janar-Dhjetor 2016**

Grupmosha	Nr. i rasteve	%
35-44	5	12.82%
45-54	4	10.26%
55-64	7	17.95%
65+	23	58.97%
Gjithsej	39	100.00%



**Grafikoni.3 Përqindja e rasteve të pacientëve me IK sipas grupmoshave gjatë vitit 2016**

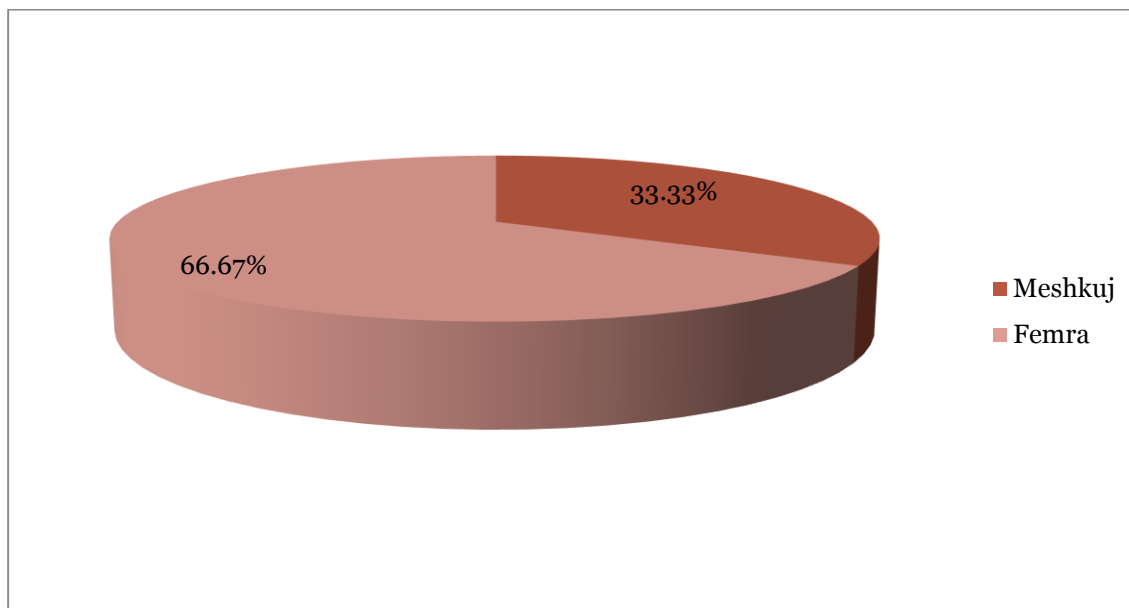
Në tabelën.6 dhe grafikonin.3 i vërejm se prej 39 pacientëve me IK në vitin 2016, prej tyre me moshë nga 35-44 vjeç janë 5 pacienta ose 12.82%, prej moshës 45-54 vjeç kanë qenë 4 pacientë ose 10.26%, prej moshës 55-64 vjeç kanë qenë 7 pacientë ose 17.95%, ndërkaq mosha më e prekur me IK është mosha mbi 65 vjeç me 23 pacientë ose 58.97% të hospitalizuar me IK gjatë këtij viti.

Numri pacientëve me IK dominon mosha e shtyrë kjo për shkak se përveq sëmundjeve kardiovaskulare kanë edhe sëmundje të tjera kronike siç janë: diabeti, hipertension.

Nga gjinia femërore janë 26 raste ose (66.67%) ndërsa nga gjinia mashkullore janë 13 raste ose (33.33%). Në tabelë 7 dhe grafikun 4 i kemi paraqitur rastet me IK sipas gjinisë. Pra ka dominim të gjinisë femërore.

**Tabela.7 Rastet me IK tek të dy gjinitë gjatë periudhës Janar-Dhjetor 2016**

Gjinia	Numri	Përqindja
<i>Femer</i>	26	66.67%
<i>Mashkull</i>	13	33.33%
<i>Gjithsej</i>	39	100.00%

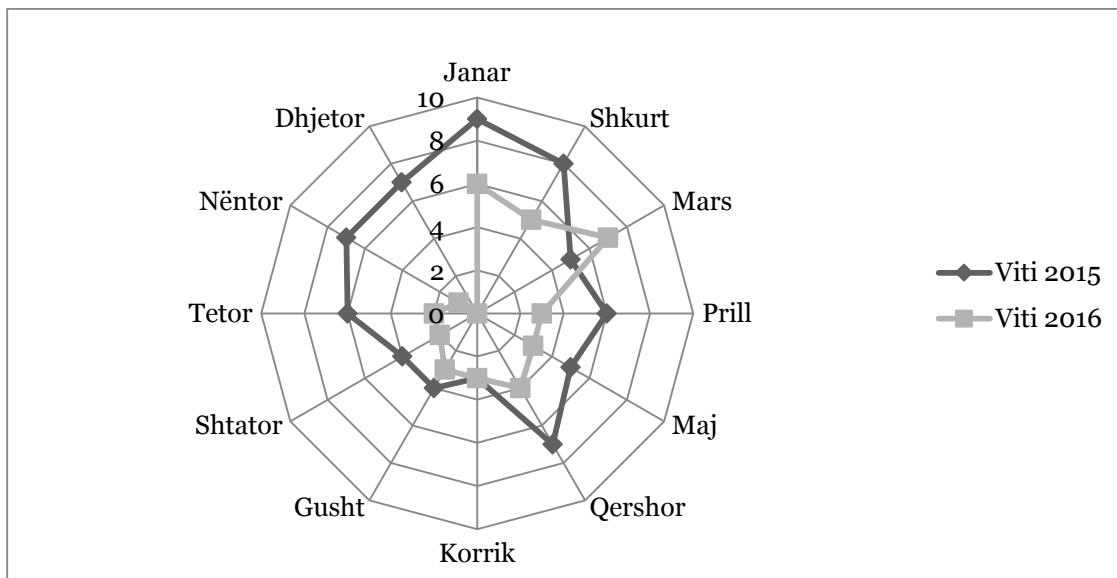


**Grafikoni.4 Përqindja e rasteve të pacientëve me IK sipas dy gjinive gjatë vitit 2016**

Rezultatet tregojn se në vitin 2016, gjinia me e prekur me IK ka qenë gjinia femërore me 66.67%.

**Tabela.8 Numri dhe përqindja e rasteve me IK tek të dy gjinitë gjatë viteve 2015 dhe 2016 sipas muajve të vitit**

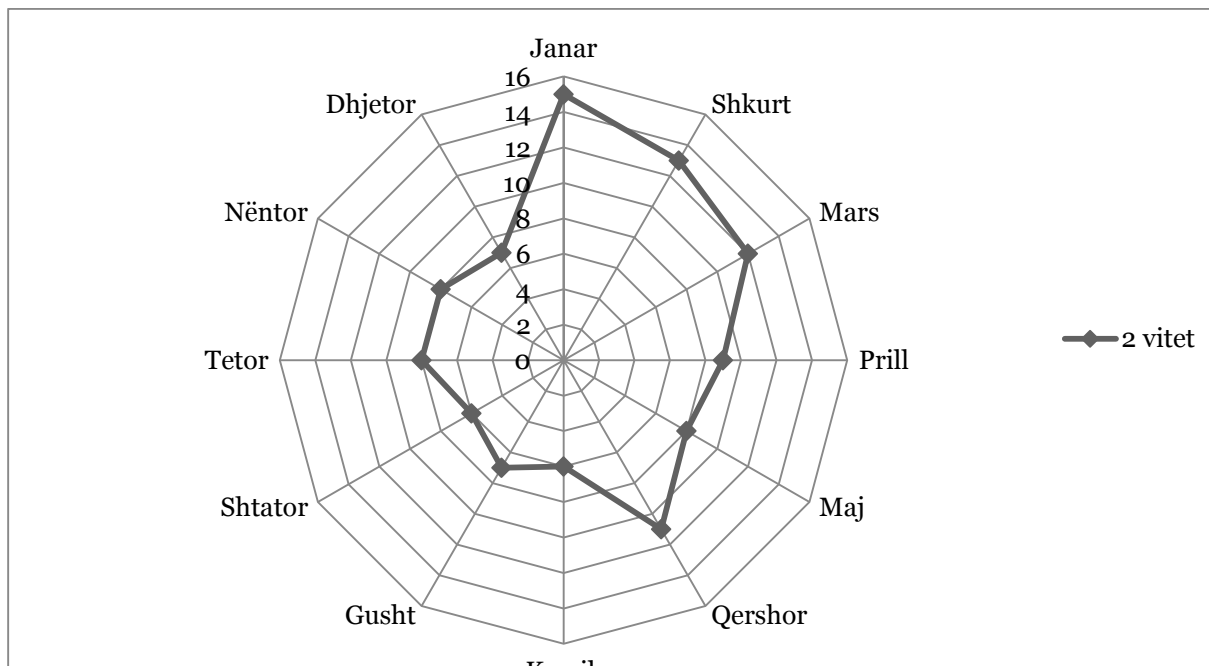
Muajt	Viti 2015	Përqindja	Viti 2016	Përqindja	V.2015-2016	Përqindja
Janar	9	12.68%	6	15.39%	15	13.64%
Shkurt	8	11.27%	5	12.82%	13	11.82%
Mars	5	7.04%	7	17.95%	12	10.91%
Prill	6	8.45%	3	7.69%	9	8.18%
Maj	5	7.04%	3	7.69%	8	7.27%
Qershor	7	9.86%	4	10.26%	11	10.00%
Korrik	3	4.23%	3	7.69%	6	5.46%
Gusht	4	5.63%	3	7.69%	7	6.36%
Shtator	4	5.63%	2	5.13%	6	5.46%
Tetor	6	8.45%	2	5.13%	8	7.27%
Nëntor	7	9.86%	1	2.56%	8	7.27%
Dhjetor	7	9.86%	0	00.00%	7	6.36%
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100.00%</b>	<b>39</b>	<b>100.00%</b>	<b>110</b>	<b>100.00%</b>



**Grafikoni.5 Muajt e viteve 2015 dhe 2016 të hospitalizimit me pamjaftushmërin e zemrës**

Në tabelen.8 dhe grafikon.5 rezultatet e vitit 2015 tregojnë që në spitalin e gjakovës janë trajtuar gjithsej 71 pacientë. Janë marrë të dhënat e vitit 2015 në muajin Janar ishin 9 pacientë ose 12.68%, të muajt shkurt 8 pacientë ose 11.27%, të muajt mars 5 pacientë ose 7.04%, të muajt prill 6 pacientë ose 8.45%, të muajt maj 5 pacientë 7.04%, të muajt qershor 7 pacientë 9.86%, të muajt korrik 3 pacientë 4.23%, të muajt gusht 4 pacientë 5.63%, të muajt shtator 4 pacientë 5.63%, të muajt tetor 6 pacientë ose 8.45%, të muajt nëntor 7 pacientë ose 9.86%, dhe të muajt dhjetor 7 pacientë ose 9.86%.

Në tabelen.8 dhe grafikon.5 rezultatet e vitit 2016 tregojnë që në spitalin e gjakovës janë trajtuar gjithsej 39 pacientë. Janë marrë të dhënat e vitit 2016 në muajin Janar ishin 6 pacientë ose 15.39%, të muajt shkurt 5 pacientë ose 12.82%, të muajt mars 7 pacientë ose 17.95%, të muajt prill 3 pacientë ose 7.69%, të muajt maj 3 pacientë 7.69%, të muajt qershor 4 pacientë 10.26%, të muajt korrik 3 pacientë 7.69%, të muajt gusht 3 pacientë 7.69%, të muajt shtator 2 pacientë 5.13%, të muajt tetor 2 pacientë ose 5.13%, të muajt nëntor 1 pacientë ose 2.56%, dhe të muajt dhjetor asnjë.



**Grafikoni.6 Muajt e viteve 2015 dhe 2016 të hospitalizimit me pamjaftushmërin e zemrës**

Rezultatet e vitit 2015 tregojnë që në spitalin e gjakovës janë trajtuar gjithsej 71 pacientë, ndërsa në vitin 2016 janë trajtuar 39 pacientë. Janë marrë të dhënat e dy viteve të muajve, të muajt janar 15 pacientë ose 13.64%, të muajt shkurt 13 pacientë ose 11.82%, të muajt mars 12 pacientë ose 10.91%, të muajt prill 9 pacientë ose 8.18% , të muajt maj 8 pacientë 7.27%, të muajt qershor 11 pacientë 10.00%, të muajt korrik 6 pacientë 5.46%, të muajt gusht 7 pacientë 6.36%, të muajt shtator 6 pacientë 5.46%, të muajt tetor 8 pacientë ose 7.27%, të muajt nëntor 8 pacientë ose 7.27%, dhe të muajt dhjetor 7 pacientë ose 6.36%. (Tabela.8, grafikoni.6)

Në vitin 2015 numri më i lartë i të hospitalizuarve me diagnozën e pamjaftushmerisë së zemrës është muaji Janar. Në vitin 2016 numri më i lartë i të hospitalizuarve me diagnozën e pamjaftushmerisë së zemrës është muaji Mars. Sepse gjatë ditëve të ftohta të dimrit shkaktojnë ngushtimin e enëve të gjakut, deri në reduktim të fluksit të gjakut dhe oksigjenit në zemër, do të rriten rrahjet e zemrës dhe forca tkurrëse e saj për të bërë të mundur qarkullimin e gjakut nëpër arteriet e ngushtuara. Si rezultat rritet presioni i gjakut, i cili mund të rrisë rrezikun e shfaqjes së sëmundjeve kardiovaskulare.



## 6.Diskutim

Në hulumtimin që është bërë në Japoni numri i pacientëve me pamjaftushmërin e zembrës është 979.00 apo 0.8% të popullsisë së përgjithshëm e cila do të rritet gradualisht në 1.3 milionë në vitin 2030. Sipas regjistrave të të dhënave të klinikave të mëdha të cilat demonstrojnë te pamjaftushmeria e zembrës nuk kanë shumë dallim në mes popullatës japoneze dhe popullatës perëndimore. Qëndrimi i gjatë në spital është një ndër karakteristikat më të shquara të pacientëve japonezë me pamjaftushmërin e zembrës (15-21ditë) në krahasim me vendet e perëndimit që është (4-9 ditë). Gjithashtut trajtimet që përdoren në Japoni nuk janë miratuar të përdoren jashtë Japonisë.<sup>20</sup>

Statistikat e marra të vitit 2015 në Spitalin e Gjakovës “Isa Grezda” nga Janari-Dhjetor për studim të pacientëve me Insuficienc Kardiake janë trajtuar gjithsej 71 Pacientë. Prej 71 të gjinisë femrore kanë qenë 34 ose 47.89% ndërkaq gjinis mashkullore 37 ose 52.11% pacientë. Dhe mosha me e prekur janë kryesisht të moshuar mbi 65 vjeqarë gjithsej 51 pacientë ose 71.83% të IK.

Ndërsa në vitin 2016 nr i të sëmurve me IK që janë paraqitur në Spitalin e Gjakovës janë gjithsej 39 pacientë nga ta 26 ose 66.67% prej tyre ishin të gjinisë femrore dhe 13 ose 33.33% të gjinis mashkullore. Numri më i madhe i pacienteve te prekur i takojnë moshes mbi 65 vjeqare. Shihet një rënie te pacientëve të prekur me Insuficeincë Kardiake në spitalin e Gjakovës nga viti 2015 në vitin 2016, kjo mesiguri për shkak të rekomandimit të dërgimit të pacientëve në institucionin tretciar si dhe për shkak të mjekimit me adekuat e nga shume aspekte te pacienteve me këtë sëmundje.

Duke krahasuar të dhënat e dala nga studimi ynë me studimin e lartpërmendur, vërejmë se numri i pacientëve me IK është shumë më e lartë ne Japoni kjo arsyetohet për shkak të numri të madhë të popullsisë. Grupmosha më e prekur tek të dyja hulumtimet është mbi 65 vjec, poashtu Japonia njihet si vendi me popullsinë më të vjetër në botë me 25.9%.

---

<sup>20</sup> Konishi M, Ishida J, Springer J, Haehling S, Akashi Y, Shimokawa H, Anker S. Heart failure epidemiology and novel treatments in Japan. ESC Heart Failure 2016; 3: 145–151

## 7. Përfundimi

- Për periudhen e analizuar u vërejt se mosha e shtyer dominonte në numrin e të sëmureve me insuficiencë kardiake, duke treguar kështu se mosha ka një rol me rëndësi në shfaqjen e IK.
- Në vitin 2015 gjinia më e atakuar ka qenë gjinia mashkullore me 52%
- Në vitin 2016 gjinia më e atakuar ka qenë gjinia femrore me 66.66%
- Gjinia më e atakuar me IK për dy vitet ishte gjinia femrore me 60%
- Në vitin 2015 numri më i lartë i të hospitalizuarve me diagnozën e pamjaftushmerisë së zemrës është muaji Janar.
- Në vitin 2016 numri më i lartë i të hospitalizuarve me diagnozën e pamjaftushmerisë së zemrës është muaji Mars.
- Muaji më i atakuar me IK për dy vitet ishte muaji Janar.

## Rekomandimet

Pamjaftueshmëria e zezrës mund të përkeqësohet përnjëherë. Nëse kjo ndodh, pacienti do të ketë nevojë për kujdes emergjent. Për dështimin e përnjëhershëm të zezrës, duhet të shmangen gjërat të cilat mund ta përkeqësojë atë, duhet ti kushtohet një rëndesi e veçant rekomandimeve.

Rekomandimet infermierore mund të themi se janë përmbledhje e disa këshillave rreth sëmundjes përkatëse dhe të cilave duhet të ju përmbahet pacienti.

Disa nga rekomandimet infermierore për pacientët me insuficiencë kardiake janë:

- Vizitat e rregullta tek mjeku;
- Ushqyerja është një komponent shumë e rëndësishëm i rehabilitimit kardiak. Që të bëhet një ushqyerje e mirë vlerësohet marrja e kalorive dhe lëndëve ushqyese. Hartohet një plan dietik, rekomandime për një shëndet të mirë të zezrës, strategji për të ulur riskun e sëmundjes;
- Konsumimi sa më pak i kripës (natrium). Natriumi bën që organizmi të mbledhë ujën dhe ta ngarkojë sistemin kardiovaskular;
- Të bëhet pushim gjatë ditës;
- Ushtrimet Fizike, sipas rekomandimeve të mjekut dhe aftësisë fizike;
- Mënjanimi i stresit;
- Menaxhimi i drejtë i terapisë farmakologjike;
- Këshillimi i pacientit për menaxhimin e situatave stresuse;
- Eliminimi i alkoholit dhe duhanit;
- Kontrollimi i faktoreve të rrezikut;
- Ekzaminimet e rregullta mjeksore;
- Lajmërimi tek mjeku në rast të përkeqësimit të gjëndjes shëndetsore.

## 8.a). Rezyme

**Hyrje-** Insuficiencia Kardiake përfaqëson një nga patologjitë me ndikim mjaft të lartë për shëndetin publik, dhe tashmë në të gjitha rrethet shkencore mjekësore konsiderohet si një pandemi globale, e ilustruar kjo nga fakti që sot në botë kemi rreth 26 milion njerëz që vuajnë nga Insuficiencia Kardiake, numer i cili vjen në rritje të vazhdueshme. Insuficiencia Kardiake (IK) apo Pamjaftueshmeria e Zemrës do të thotë se muskuli i zemrës tuaj nuk pompon aq gjak sa organizmi juaj ka nevojë. Kjo nuk do të thotë se zemra juaj ka ndaluar, por se zemra juaj nuk punon aq sa duhet.

**Qëllimi i studimit-**Është analizimi i numrit të rasteve me Insuficienc Kardiake nga numri i përgjithshëm i pacientëve të trajtuar në repartin e Njesisë Koronare dhe Internos të Spitalit regional “Isa Grezda” në Gjakovë moshë dhe gjinia më e prekur me rehabilitimin dhe kujdesin infermieror.

**Metodologjia** -Studimi analizon të dhënat e repartit të Internos dhe Njesisë Koronare në spitalin rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë. Në periudhën Janar-Dhjetor 2015 dhe Janar- Dhjetor 2016 janë trajtuar gjithsej 110 pacientë. Studimi i marrë është retrospektiv.

**Rezultatet-** Në gjakovë rezultatet tregojnë se në vitin 2015 janë trajtuar 71 pacientë me IK me të prekur kanë qenë gjinia mashkullore dhe moshë më e prekur mbi 65 vjeç. Ndërsa në vitin 2016 janë trajtuar 39 pacientë me IK moshë më e prekur mbi 65 vjeç.

**Konkluzionet-**Në studimin e të dhënave vërehet një rënie e pacientëve me IK nga viti 2015 në vitin 2016 në spitalin e gjakovës kjo jo për shkak të rënies së numrit të sëmureve me IK por për shkak të rekomandimit të trajtimit në institucionin tretciar.

**Fjalët kyçe:** Zemra, insuficiencia kardiake, kujdesi infermieror.

## 8.b). Summary

**Introduction** - The Cardiac Insufficiency represents one of the most influential pathologies for the public health, and already for all other scientific medical circles it is considered as a global pandemic, illustrated from the fact that today in the world we have across 26 million people suffering from Cardiac Insufficiency, a number which is increasing continually. The Cardiac Insufficiency (CI) or the Insufficiency of the heart means that the muscle of your heart does not pump enough blood necessary for the organism. This does not mean that your heart has stopped, but that your heart does not work as much as it should.

**The purpose of the study**- Is the analysis of the number of cases with Cardiac Insufficiency from the general number of patients treated in the section of the Coronal Unit and the section of Internal diseases in the regional hospital of Gjakova ‘Isa Grezda’, as well as the most touched age and gender in the process of rehabilitation and of nursery care.

**The methodology** - The study analyzes the data of the Internal section and the Coronary Unit in the regional hospital ‘Isa Grezda’ in Gjakove. In the period January-December 2015, have been treated in total 110 patients. The taken study is retrospective.

**The results**- The results in Gjakova show that in 2015 have been treated 71 patients with CI, wherein the most touched ones have been males and those above 65 years old. Whereas, in 2016 have been treated 39 patients with CI; the most touched age has been that above 65 years old as well.

**Conclusions**- In the process of studying the data it is noticed a falling of the patients with CI from the year 2015 in 2016 in the hospital of Gjakova, and this not because of the decreasing of the sick with CI, but because of the recommendation that these patients be treated in the tertiary institution.

**Key words:** Heart, the inadequacy of the heart, nursing care.

## 9. Referencat

- Shkoza, Artan Ms, "Fiziologjia e njeriut" Shtëpia Botuese UFO press, 2008
- Kumar, Abbas, Fausto, Mitchell, Frederik J. Shoen, MD, PHD – Richard N. Mitchell, MD PHD- Bazat e patologjisë së Robbins-it. Kapitulli 11. Zemra.
- Richard S.Irwin dhe James M. Rippe G. William Dec. Mjekësia e Kujdesit intensiv. Kapitulli 33 Faqe 337.
- Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson dhe Loscalzo - Parimet e Mjekësisë Interne – HARRISON. 2013. Kapituli 227
- Tonja A, Pula A, Basha E, “Bazat e infermieristikës së Përgjithshme “ Tirane 2004
- Nettina, Sandra M: Mills, Elizabeth Jacqueline,- Lippincott Manual of Nursing Practica, viti 2006.
- Konishi M, Ishida J, Springer J, Haehling S, Akashi Y, Shimokawa H, Anker S. Heart failure epidemiology and novel treatments in Japan. ESC Heart Failure 2016; 3: 145–151
- [www.emedicine.com](http://www.emedicine.com)
- [www.slideplayer.es/slide/142721](http://www.slideplayer.es/slide/142721)
- [www.cellapplications.com/cardiac-cells](http://www.cellapplications.com/cardiac-cells)
- [www.doktor33.al/cont/cardiologia/lajm-Kardiologji/29220/insuficienca-kardiake-shqiperi-profdrartan-goda-kemi-shtim.aspx#.WE3PcrIrLIU](http://www.doktor33.al/cont/cardiologia/lajm-Kardiologji/29220/insuficienca-kardiake-shqiperi-profdrartan-goda-kemi-shtim.aspx#.WE3PcrIrLIU)
- <https://spitaligjerman.com/kardiokirurgjia>

## **10.CV e shkurtër e kandidates**

Zade Hajdari e lindur me 05.12.1993. në Gjakovë me kombësi Shqipëtare, me nënshtetësi Kosovare, jetonë në fsh. Bec të Gjakovës.

Shkollën fillore e përfundoj në “ Ahmet Rrustemi” Bec në vitin 2009

Shkollën e mesme të lartë e filloi në Shkollën e Mesme të Mjekësisë “Hysni Zajmi” Gjakovë dhe u Diplomua në Drejtimin e Ass.Infermiere e Mamisë në vitin 2013.

Shkollimin universitar e filloi në vitin 2013 në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësisë “Fehmi Agani” dhe u Diplomua në Drejtimin e Infermierisë së Përgjithshëm në Janar të vitit 2017. Ka marrë pjesë në aktivitete e ditës së infermierisë me 12 maj.