

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULTETI I MJEKËSISË

INFERMIERI E PËRGJITHSHME



Punim diplome

**INFERMIERI/JA NË PERCJELLJEN E TË
SËMURËVE NGA TUBERKULOZI NË QYTETIN E
GJAKOVËS**

Studenti:

Besnik Zejnaj

Mentori:

Prof. Ass. Ramush Bejqi

Gjakove, Shkurt 2018

Ky punim është bërë në Spitalin Rajonal “ISA GREZDA” në Gjakovë.

Mentor i punimit është Prof. Ass. Ramush Bejiqi.

Punimi përfshinë: 32 faqe, 1 tabelë, 3 grafikone dhe 4 figura

Fjalëtkyqe: tuberkulozi, semundjet infektive, vaksina, bacili i tuberkulozit

Unë, Besnik Zejnaj, student i Fakultetit të Mjekësisë, Dega Infermieri, ne Gjakovë, deklaroj se kjo temë diplome është punim origjinal. E gjithë literatura dhe burimet e tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara

Falënderime

Faleminderit stafit të Universitetit “Fehmi Agani” ne Gjakovë, që me dhanë mundësinë për përzgjedhjen e kësaj teme.

Një falenderim i veçantë shkon për Prof. Ass. Ramush Bejiqin, pa ndihmën e të cilit nuk do të ishte i mundur punimi i kësaj teme. Ndihma e tij, kritikrat dhe sugjerimet kanë qenë te mirëpritura nga ana ime.

Një falenderim të posaqem e meritojne edhe familja dhe shoqëria ime, të cilët me mbështetjen e jashtëzakonshme më dhanë kurajo për përfundimin e këtij punimi.

Ju faleminderit të gjithëve !

Lista e shkurtesave

TBC – Tuberkulozi

OBSH – Organizata Botërore e Shëndetësisë

HIV – Virusi i imunodeficiencës humane

BCG – Bacille Callmete – Guerin

PPD – Derivat i proteinës së pastert

INH - Isoniazidi

RFM - Rifampicina

PZA - Pirazinamidi

EMB - Etambutoli

STM - Streptomicina

Permbajtje

I. HYRJE	7
1.1 Etiopatogjeneza.....	7
1.2 Mënyra e infeksionit	8
1.3 Shenjat dhe simptomat.....	9
1.4 Ndjeshmëria dhe imuniteti.....	10
1.5 Diagnoza e tuberkulozit.....	11
1.6 Patogjeneza	12
1.7 Manifestimet klinike të tuberkulozit.....	14
1.8 Parandalimi dhe mjekimi i tuberkulozit	15
1.9 Roli i infermieres në kujdesin e të sëmurëve me tuberkuloz.....	17
1.10 Edukimi i të sëmurëve nga tuberkulozi	18
1.11 Epidemiologjia e tuberkulozit.....	19
II. QËLLIMI I PUNIMIT	20
III. METODOLOGJIA	21
IV. REZULTATET	22
V. DISKUTIMI	26
VI. PËRFUNDIMI	27
VII. ABSTRAKTI.....	28
VIII. REFERENCAT	30
IX. CV e shkurtër e kandidatit.....	31

I. HYRJE

Tuberkulozi është sëmundje ngjitëse bakteriale, që mund të përfshijë organe dhe sisteme të ndryshme, por më së shpeshti i përfshinë mushkeritë. Është e njohur që nga kohërat e lashta, me rënie të herëpashershme të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë, në periudha të ndryshme kohore. Tuberkulozi mund të shfaqet edhe në organe të tjera të trupit, si për shembull në gjendrat limfatike, në kocka, në organet e urinimit dhe ato gjenitale, në organet e brendshme, në sistemin qendror nervor, në lëkurë ose edhe si infeksion i përgjithshëm. Sipas Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSH) 1/3 e popullatës në botë është e infektuar nga bacili i tuberkulozit. Çdo ditë në botë sëmuren nga tuberkulozi më shumë se 20.000 njerëz dhe 5.000 prej tyre vdesin çdo vit nga kjo sëmundje. Më i përhapur është në vendet e pa zhvilluara dhe në ato në zhvillim. Në vendet e zhvilluara të Europës, të Amerikës Veriore dhe të Azisë tuberkulozi është eliminuar si sëmundje masive, por ende nuk është arritur eradikimi në tërësi.

1.1 Etiopatogjeneza

TBC shkaktohet nga bacili *Mycobacterium tuberculosis* i njohur si bacili i Koch-it. Burim i infeksionit është i sëmuri, por mund të jenë edhe kafshët e infektuara, ndersa shumë rrallë shpezët. Rruga e përhapjes së infeksionit është aerogjene, nëpërmjet spërklave dhe atë gjatë kollitjes, teshtitjes, të folurit me zë të lartë, gjësendeve në përdorim të përditshëm. Si portë hyrëse zakonisht është mukoza e traktit respirator, ndersa më rrallë janë mukoza gastrointestinale, lekura dhe rruga trans-placentare. Nga shumë tipe të *Mycobacterium Tuberculosis*, tipi human është më patogjen dhe më i shpeshtë për njeriun, kurse tipi bovini është më i rrallë.

M. tuberculosis është bacil i palëvizshëm, me gjatësi 2-4µm, aerob, gram pozitiv, acidorezistent, ngjyroset me metodën e Ziehl-Neelsen-it. Mund të jetojë dhe të jetë virulent në ambient të thatë dhe në errësirë për shumë muaj. Në dritë dhe temperaturë të lartë ngordh për një kohë të shkurtër. Bacili nuk prodhon ekzotoksine, veprimi i tij lidhet me endotoksinën.

1.2 Mënyra e infeksionit

Burim i infeksionit tek fëmijëve janë të rriturit në familje dhe më gjerë, të cilët vuajnë nga tuberkulozi latent dhe format aktive. Rastet e padiagnostikuara janë më të rrezishkme për fëmijët. Fëmijët rrallë mund të jenë burim i infeksionit. Burimi i infeksionit, në rradhë të parë, gjendet në rrethin e ngushtë familjar, pastaj në kontaktet e përditshme (shkollë, institucionet parashkollore etj.). Burim për infeksion me tipin M bovis janë kafshët e sëmura nga tuberkulozi, përmes qumshtit të kontaminuar dhe të papërpunuar.

Mënyra kryesore e përhapjes së infeksionit (rreth 95%) për latantët dhe fëmijët e periudhës së hershme parashkollore është rruga aerogjene, përmes spërklave. I sëmurit me tuberkuloze aktiv (të hapur), gjatë kollës, tështitjes, të qeshurit, ose duke folur me zë të lartë përhap përreth spërklave të padukshme për syrin (nukleuse aerogjene), të cilat, nëpërmjet ajrit depërtojnë në organet e frymëmarrjes. Më pak të rëndësishme janë rrugët e tjera të infeksionit, si nëpërmjet spërklave të thara, të ashtuquajtura spërklave të Flugge-ut, që gjëndem në orendi dhe objekte tjera të përdorimit të përditshëm, nga sekretet e fistulave tuberkulare, ose nga dëmtimet e lëkurës. Porta hyrëse për infeksionin me rrugë aerogjene më së shpeshti janë mushkëritë, e më rrallë tonsilet. Ndërsa për infeksionin e shkaktuar me tipin bovis, porta e hyrjes janë tonsilet dhe zorrët. Kjo formë e infeksionit është shumë e rrallë në vendet e zhvilluara. Në raste të rralla porta e hyrjes mund të jenë lëkura, mukozat e syrit, hundës etj.

Tuberkulozi i lindur (konatal) paraqitet në raste të jashtëzakonshme, ku infeksioni i fetusit është bërë gjatë shtatzënisë ose gjatë lindjes. Në këto raste zakonisht paraqitet vatra kazeoze në placentë dhe me bacilemi të nëna. Në këtë mënyrë bacilet e tuberkulozit kalojnë në qarkullim fetal, e kjo bëhet me anë të venës umbilikale, pastaj në mëlçi, ku edhe paraqiten ndryshimet anatomopatologjike. Në raste kur vatra kazeoze ka kontaminuar lëngun aminotik, paraqitet infeksioni gjatë lindjes me aspirimin e lëngut aminotik të kontaminuar.

1.3 Shenjat dhe simptomat

Tuberkulozi mund të infektojë çdo pjesë të trupit por më së shpeshti infeksioni ndodh në mushkëri (i njohur si tuberkulozi pulmonar). TBC ekstrapulmonar ndodh kur tuberkulozi zhvillohet jashtë mushkërive, edhe pse TBC ekstrapulmonar mund të bashkëjetojnë me TBC-në pulmonare. Shenjat dhe simptomat e përgjithshme përfshijnë ethe, te dridhura, djersitje gjate natës, humbje e oreksit, humbje ne peshe trupore dhe lodhje.

Nëse infeksioni me tuberkuloze bëhet aktiv, ajo më së shpeshti përfshinë mushkëritë (në rreth 90% të rasteve). Simptomat mund të përfshijnë dhimbje gjoksi dhe një kollë të zgjatur e percjell me sekrecion. Rreth 25% e njerëzve mund të kenë mos kan ndonjë simptomë (pra ato mbeten "asimptomatike"). Herë pas here, të njerzit ne sekrecionet e ekspektoruara paraqiten gjurma te gjakut dhe, në raste shumë të rralla, infeksioni mund të preke deget e arteries pulmonare, duke rezultuar me gjakderdhje masive. Tuberkulozi mund të bëhet një sëmundje kronike dhe të shkaktojë dhëmbje të gjerë në lobët e sipërm të mushkërive. Lobet e mushkërive të sipërme janë më të prekur nga tuberkulozi se ato të poshtmet per arsye hiperaerimi. Arsyeja për këtë ndryshim nuk është e qartë, kjo mund të jetë për shkak të rrjedhjes më të mirë të ajrit, ose kullimit të ulët limfatik brenda mushkërive të sipërme.

Në 15-20% të rasteve aktive, infeksioni përhapet jashtë mushkërive, duke shkaktuar lloje të tjera të TBC-së. Këto forma quhen me nje emer "tuberkulozi jashtëpulmonar". TBC-ja ekstrapulmonare ndodh më shpesh tek personat e imunizuar dhe fëmijët e vegjël. Të personat e prekur me HIV, kjo ndodh në më shumë se 50% të rasteve. Vendet e rëndësishme të infeksionit përfshijnë plagë (në pleurit tuberkular), sistemin nervor qendror (në meningjit tuberkular), sistemin limfatik (në skrofulë të qafës), sistemin urogenital (në tuberkuloze urogenital), kockat dhe nyje (të sëmundja Pott).

Përhapja në nyjet limfatike është më e zakonshme. Një ulçerë që vjen nga nyjet limfatike të infektuara mund të ndodhë dhe është pa dhimbje, ngadalë zgjerohet dhe ka një pamje të "lëkurës së larë". Kur ajo përhapet në eshtra, ajo njihet si "tuberkulozi i kockave", një formë e osteomielitit. Një formë pothuajse më serioze dhe më e përhapur e tuberkulozit quhet "tuberkulozi i shpërndarë", i njohur edhe si tuberkulozi miliar. TBC-a militare aktualisht përbën rreth 10% të rasteve ekstrapulmonare.

1.4 Ndjeshmëria dhe imuniteti

Kryesisht sëmundja shfaqet tek personat që kanë imunitet të dobët. Më të predispozuar për të shfaqur këtë sëmundje janë personat e prekur me HIV për shkak të sistemit të dobët imunitar dhe terrenit predispozues që krijon tuberkulozi. HIV dëmton sistemin imunitar, i cili është përgjegjës për mbrojtjen e organizmit ndaj infeksioneve të ndryshme. Megjithatë, kjo nuk do të thotë se kategoritë e tjera janë më pak të rrezikuara për t'u prekur nga tuberkulozi. Te pjesa më e madhe e njerëzve që preken, bakteriet mbesin në gjendje prehjeje (infeksioni latent i tuberkulozit) dhe tek ata nuk zhvillohet sëmundja e tuberkulozit aktiv.

Rreziku për t'u sëmurë është më i madh tek fëmijët e vegjël, tek të moshuarit dhe tek ata njerëz që, për shkak të sëmundjeve dhe mjekimeve të ndryshme, kanë një imunitet të dobësuar. Infeksioni me HIV-it është një ndër faktorët më të fuqishëm që shton rrezikun për t'u sëmurë me tuberkuloz si dhe imunodeficiencat tjera. Rezistenca natyrore rritet gradualisht me moshë kështu që në moshën dhjetëvjeçare nga të infektuarit sëmuren vetëm 12%; pastaj, në moshën e pubertetit rezistenca bie dhe më se 30% e të infektuarve sëmuren nga TBC-i. Të rriturit janë relativisht rezistentë, kurse njerëzit në moshë të shtyer kanë ndjeshmëri të shtuar në infektim me bacil të tuberkulozit.

Imuniteti ndaj tuberkulozit është aftësi specifike e organizimit, e fituar gjatë infeksionit të parë me bacilin e tuberkulozit dhe ka aftësi të mbrojtë organizmin nga infeksionet e përsëritura nga i njëjti patogjen. Kjo është dukuri komplekse, ku rolin kryesor e ka imuniteti qelizor, kurse antitruapat humoral nuk luajnë rol te madh praktik. Koha nga hyrja e bacilit të tuberkulozit në organizëm deri te paraqitja e simptomave të para të sëmundjes quhet periudha e inkubacionit. Kalimi i reaksionit të tuberkulinës nga negative në pozitiv quhet konvertim i reaksionit dhe vërtetohet me testin e tuberkulinës.

1.5 Diagnoza e tuberkulozit

Në diagnostifikimin e këtyre të sëmurëve janë të rëndësishme tabloja klinike, ekzaminimet laboratorike, ekzaminimi radiologjik dhe testet kutane tuberkulinike ose PPD-testi (purifired protein derivate - PPD). Në kuadër të analizave laboratorike, rëndesi të veçantë ka ekzaminimi bakteriologjik i sputumit, për të detektuar praninë e bacilit. Pastaj është sedimentimi i eritrociteve, i cili zakonisht është i lartë,

Në radiografinë e mushkërive, mund të shihen hije bipolare të kompleksit primar. Ekzistojnë disa teknika të aplikimit të testeve kutane tuberkulinike, por aplikim më të gjerë ka gjetur teknika Mantoux. Kjo teknikë konsiston në aplikimin intradermal të 0.1 ml PPD në pjesën e sipërme të parallerës, ndërsa rezultati lexohet pas 2-4 ditësh. Nëse induracioni (forcimi) i parallëres në vendin e injektimit është në diametër 5-14 mm, testi vlerësohet pozitiv, ndërsa kur është më i madh se 15 mm vlerësohet i lartë pozitiv. Ky test mund të rezultojë edhe negativ i rrejshëm, që zakonisht has tek të sëmurët me malnutricion, sëmundjet malinje të posalindurit, imunodeficienca etj. Për diagnostikim të sëmundjes ka rëndësi ekzaminimi radiologjik i mushkrive në dy drejtime (A-P dhe leteral), veshkave, kockave etj. Tomografia e kompjuterizuar dhe bronkosopia fleksibile kanë rëndësi të posaqme në vërtetimin e sëmundjes. Analizat biokimike të gjakut, urinës, lëngut trunoro-shpinor, analiza e lëngut peritoneal dhe pleural janë gjithashtu të nevojshme. Shpejtimi i sedimentimit të eritrociteve vlerëson aktivitetin e procesit tuberkular në organizëm.



Fig 1. Testi i lekures me tuberculin “Teknika Mantoux”

1.6 Patogjeneza

Rreth 90% e të infektuarve me tuberkuloz ekanë infeksione asimptomatike, latente të TBC-së, me vetëm një rast 10% jetëgjatë që infeksioni latent do të përparojë në gjendje të tuberkulozit aktiv. Të ata persona me HIV, rreziku i zhvillimit të TBC-së aktive rritet në gati 10% në vit. Nëse nuk behet trajtim efektiv, shkalla e vdekjeve për rastet aktive të TBC-së është deri në 66%. Infeksioni i tuberkulozit fillon kur mikobakteret arrijnë në alveola pulmonare, ku ato pushtojnë dhe replikohen brenda endosomeve të makrofagëve alveolar. Makrofagët e identifikojnë bakterin si të huaj dhe përpiqen ta eliminojnë atë nëpërmjet fagocitozës. Gjatë këtij procesi, bakteri mbështillet nga makrofaget dhe ruhet përkohësisht në një vezikë të lidhur me membranë të quajtur fagosome. Fagosomi pastaj kombinon me një lizosom për të krijuar një fagolizosom. Në fagolizosome, qeliza përpiqet të përdorë lloje oksigjeni reaktive dhe acid për të vrarë bakterin. Sidoqoftë, *M. Tuberculosis* ka një kapsulë të trashë dhe të lymshme të acidit mikolik që e mbron atë nga këto substanca toksike. *M. tuberkulozi* është në gjendje të riprodhohet brenda makrofagës dhe përfundimisht do të vrasë qelizën imune.

Tuberkulozi klasifikohet si një nga sëmundjet inflamatore granulomatoze. Makrofaget, limfocitet T, limfocitet B dhe fibroblastet agregojnë për të formuar granuloma, me limfocite që rrethojnë makrofaget e infektuara. Kur makrofagët e tjerë sulmojnë makrofagën e infektuar, ata bashkohen për të formuar një qelizë gjigante më shumë berthama në lumenin alveolare. Granuloma mund të parandalojë shpërndarjen e mikobakterieve dhe të sigurojë një mjedis lokal për ndërveprimin e qelizave të sistemit imunitar. Megjithatë, dëshmitë më të fundit sugjerojnë se bakteret përdorin granulomat për të shmangur shkatërrimin nga sistemi imun i njeriut. Makrofagët në granuloma nuk janë në gjendje të prezentojnë antigjenin tek limfocitet kështu që përgjigja imune është e suprimuar. Bakteriet brenda granulomës mund të mos jenë aktive, duke rezultuar në infeksione latente.

Vendi i lokalizimit të vatrës parësore më së shpeshti është në mushkërinë e djathtë, subpleural, më rrallë në pleurë, me ç'rast mund të shaktojë pleurrit eksudativ, por mund të gjendet edhe në thellësi të parenkimes së mushkerive. Lokalizimi jashtëmushkëror është shumë i rrallë. Mund të paraqitet në: gingiva, në vendin e dhëmbit të dëmtuar ose të nxjerrë, në tonzila, në veshin e mesëm, zorrë dhe lëkurë (shumë rrallë). Ndryshimet patologjike në format

jashtëmushkërore nuk dallojnë shumë nga ato mushkërore. Përveç ndryshimeve tuberkulare në portën hyrëse, në të njëjten kohë paraqiten edhe ndryshimet imunologjike, siç janë: imuniteti dhe tejndjeshmëria kundrejt fraksionit proteinik të bacilit të tuberkulozit.



Fig.1 M. tuberculosis (i kuq) në pështymë

1.7 Manifestimet klinike të tuberkulozit

Semundja mund të kalojë pa simptoma dhe shenja klinike (forma latente e tuberkulozit). Forma latente më shpesh paraqitet tek fëmijët shkollorë dhe tek adoleshentët. I vetmi manifestim është konvertimi i provës tuberkulinike nga negative në pozitive, që ndodhë pas kohës së inkubacionit (3-8 javë). Në raste të tjera manifestimet janë pak të theksuara në formën e lehtë të sëmundjes. Fëmijët parashkollorë, e në veçanti latantët me tuberkuloz parësor, mund të kenë manifestime klinike të përgjithshme dhe lokale. Manifestimet e përgjithshme janë identike për të gjitha format e tuberkulozit parësor, kurse ato lokale varen nga organet e përfshira nga sëmundja. Nga manifestimet e përgjithshme të tuberkulozit parësor, e rëndësishme është ngritja e temperaturës trupore. Temperatura mund të qendrojë subfebrile (nën 38°C) disa javë. Në raste tjera temperatura për 2-3 javë qëndron në mes të 38-39 °C ose ndonjëherë arrin të kalojë 40°C. Shpesh herë temperatura e lartë mund të jetë simptoma e vetme e tuberkulozit parësor. Krahas temperaturës së lartë mund të paraqiten edhe simptomat jospecifike të përgjithshme si: anoreksia, zbehja, apatia, lodhja, zvogëlimi i masës trupore, dhembja e nyjeve, kokëdhembja dhe nganjëherë djersitja.

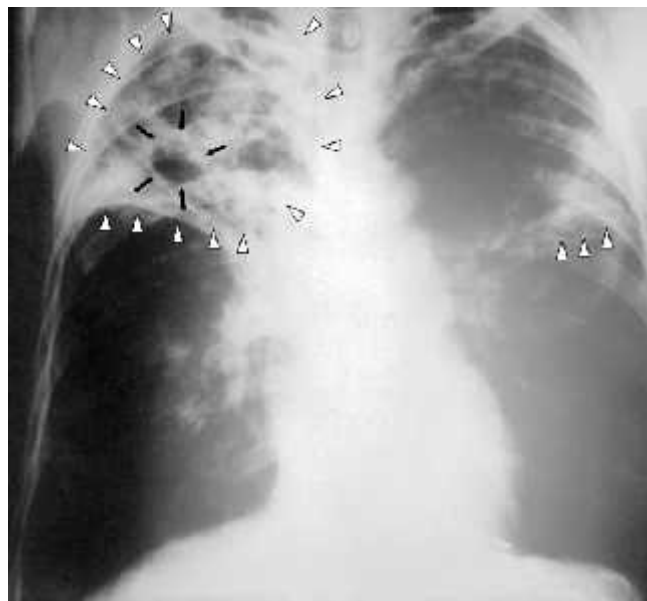


Fig 3. X-ray e gjoksit të një personi me tuberkuloz të avancuar: Infeksioni në të dy mushkëritë është shënuar me shigjeta të bardha kurse formimi i një zgavre është shënuar me shigjeta të zeza.

1.8 Parandalimi dhe mjekimi i tuberkulozit

Në të kaluarën tuberkulozii ka qenë sëmundje e pashërushme, vdekjeprurëse, sidomos format e rënda (meningjiti tuberkular, tuberkulozi miliar etj), kurse sot janë të shërushme të gjitha format e tij.

Përpyekjet për parandalimin dhe kontrollin e tuberkulozit kryesisht mbështeten në vaksinimin e foshnjave dhe zbulimin dhe trajtimin e duhur të rasteve aktive. Organizata Botërore e Shëndetësisë ka arritur disa suksese me regjime të përmirësuara të trajtimit dhe një rënie të vogël në numrat e rasteve. Task Forca për shërbimet parandaluese të SHBA-ve rekomandon që të analizohen njerëzit që janë në rrezik të lartë për tuberkuloz latent ose me testet e lëkurës së tuberkulozit ose me analizat e lirimit të interferon-gamma

Vaksina e vetme në dispozicion që nga viti 2011 është Bacillus Calmette-Guërin (BCG). Të fëmijët zvogëlohet rreziku i infektimit me 20% dhe zvogëlohet rreziku i infektimit për në sëmundje gati 60%. Është vakcina më e përdorur gjerësisht në mbarë botën, ku më shumë se 90% e të gjithë fëmijëve vaksinohen. Imuniteti që fitohet zvogëlohet pas rreth dhjetë vjetësh. Meqenëse tuberkulozi është i pazakontë në shumicën e vendeve, BCG administrohet vetëm për ata njerëz me rrezik të lartë. Pjesë e arsytimit kundër përdorimit të vaksinës është se ai shkakton që testi i lëkurës së tuberkulozit të dal negativë, duke zvogëluar përdorimin e testit gjatë shqyrtimit. Gjithashtu një numër vaksinash të reja janë aktualisht në zhvillim.

BCG stimulon imunitetin duke rritur mbrojtjen e trupit pa qenë e dëmshme në vetvete. Pas vaksinimit me BCG bacilet e TBC-it mund të hyjnë në trup por në të shumtën e rasteve mbrojtja e forcuar e trupit do t'i kontrollojë apo vrasë ato. Shkalla e imunitetit pas vaksinimit me BCG-së varet nga shtami i përdorur, faktorët mjedisorë, gjenetika e popullsisë që vaksinohet dhe faktorët mbartës individual, si për shembull moshën. Ka një lidhje të pamjaftueshme midis reaktivitetit tuberkular pas vaksinimit që zhvillohet në nivele maksimale brenda 3 muajve dhe mbrojtjes kundër sëmundjes. Prova të kontrolluara në shumë vende perëndimore kanë treguar se BCG mund të japë 80% mbrojtje ndaj TBC-it për një periudhë 15 vjeçare, nëse bëhet para infeksionit të parë.

Trajtimi i TBC-së përdor antibiotikë për të vrarë bakteret. Trajtimi efektiv i TBC-së është i vështirë, për shkak të strukturës së pazakontë dhe përbërjes kimike të murit qelizor

mikobakterial, që pengon hyrjen e barnave dhe bën shumë antibiotikë të paefektshëm. Dy antibiotikët që përdoren më së shpeshti janë Isoniazidi dhe Rifampicina, kurse trajtimi mund të zgjas edhe disa muaj. Trajtimi latent i TBC-së zakonisht mjafton me përdorimin e një antibiotiku të vetëm, ndërsa sëmundja aktive e TBC-së është trajtuar më mirë me kombinime të disa antibiotikëve për të zvogëluar rrezikun që bakteret të zhvillojnë rezistencën antibiotike. Njerëzit me infeksione latente trajtohen gjithashtu për të parandaluar që gjendja të përparonë në sëmundje aktive të TBC-së më vonë në jetë. Terapia e vëzhguar e drejtpërdrejtë, dmth., që një person që kujdeset për kujdesin shëndetësor ta shikojë personin të marrë medikamentet e tyre, rekomandohet nga OBSH-ja në një përpjekje për të zvogëluar numrin e njerëzve që nuk marrin antibiotikë në mënyrë të përshtatshme. Mirpo nuk ka prova të forta që tregojnë se terapia e vëzhguar drejtpërdrejtë përmirëson numrin e njerëzve që janë shëruar. Provat e moderuara të cilësisë sugjerojnë se nuk ka dallim nëse njerëzit vëzhgohen në shtëpi kundrejt një klinike, ose nga një anëtar i familjes kundrejt një punonjësi të kujdesit shëndetësor. Metodatat për të edukuar njerëzit për rëndësinë e trajtimit dhe emërimeve mund të rezultojnë në një përmirësim të vogël, por të rëndësishëm.

Antituberkulotikët, si bazë e mjekimit modern, kanë merita të pakontestueshme për ndryshimin rrenjësor në evaluimin dhe porognozën e sëmundjes. Parakusht për mjekim të suksesshëm të tuberkulozit është diagnoza e hershme dhe zbatimi i përpiktë i mënyrës së dhënies së anti-tuberkulotikëve, administrimi i drejtë në doza të nevojshme dhe kohëzgjatja e duhur e mjekimit. Antituberkulotikët, që përdoren më së shpeshti për mjekimin e formave të ndryshme të TBC-it janë: Isoniazidi (INH), Rifampicina (RFM), Pirazinamidi (PZA), Etambutoli (EMB), Streptomycin (STM).

1.9 Roli i infermieres në kujdesin e të sëmurëve me tuberkuloz

Të sëmurët nga TBC duhet të veçohen në dhomë të posaçme që të mos i infektojnë të sëmurët tjerë. Infermierja që punon me këta të sëmurë duhet të jetë me shëndet të mirë. Gjatë çdo kontakti me pacient duhet larë duart. Uniforma duhet të ndërrohet çdo ditë, e gjatë punës është mirë të përdoret maska kirurgjike. Kontrolli i personelit shëndetësor që punon me të sëmurët nga TBC duhet bërë së paku dy here në vit, duke përfshirë edhe radiografinë e mushkërive. Shtatëzënata nuk duhet të punojnë me këtë profil të pacientëve.

Është e rëndësishme që shumicën e kohës pacientët të pushojnë në shtrat. Çdo i sëmurë duhet ta ketë pështymoren e vet, e cila duhet dezinfektuar me rregull (mundet me aputeks aparate). Funkcionet vitale të pacientëve maten dhe evidentohen dy herë në ditë, nëse është e nevojshme edhe më shpesh. Te këta të sëmurë shihet tipi “inverz” i temperaturës, çka do të thotë se temperatura e mëngjesit është më e lartë se ajo e mbrëmjes. Ushqimi i pacientëve duhet të jetë hiperkalorik, hiperproteinik dhe multivitaminoz dhe duhet të merret pesë herë në ditë. Dhoma ku qëndrojnë pacientët duhet të jetë e pastër dhe e airosur mirë.

Terapia antituberkulare duhet të merret për kohë të gjatë. E gjithë terapia merret zakonisht per os, pos Streptomycinës, e cila jepet çdo ditë me rrugë intramuskulare. Efektet e padëshiruara të terapisë më së shpeshti paraqiten në dy javët e para. Marrja me rregull e terapisë është me rëndësi parësore, prandaj edhe duhet tentuar që çdo fillim i mjekimit të TBC të fillojë në spital, në kushte të kontrolluara. Kjo kohë duhet të shfrytëzohet për edukim adekuat të pacientëve, por edhe të familjes.

Ushqimi i fëmijëve të sëmurë nga tuberkulozi duhet të jetë i mjaftueshëm në sasi dhe i ekuilibruar në cilësi, duke përmbajtur sasi të mjaftueshme të proteinave, hidrateve të karbonit, yndyrave dhe vitaminave, por asnjëherë nuk duhet kaluar në mbipeshë (adipozitet). Pushimi në shtrat është i nevojshëm vetëm në rast të temperaturës së lartë dhe me shenja të tjera gjatë evaluimit të sëmundjes. Me përmiresimin e gjendjes dhe me regresionin e shenjave radiologjike e klinike pushimi i pandërprerë në shtrat nuk është i nevojshëm. Aktiviteti i lirë fizik, por pa lodhje, lejohet pas mjekimit klinik dhe tërheqjes së shenjave dhe simptomave të sëmundjes. Preferohet aktiviteti fizik i kufizuar, qëndrimi në ajër të pastër, me kusht që ngarkesa të mos japë lodhje dhe ngritje të temperaturës.

1.10 Edukimi i të sëmurëve nga tuberkulozi

Puna në edukimin shëndetësor të të sëmurëve është vetëm një pjesë e edukimit shëndetësor të përgjithshëm, si armë më e fortë në parandalimin e TBC-it. Sidoqoftë, të sëmurët janë kategori e veçantë që është posaçërisht e interesant gjatë sëmundjes aktive dhe këtë duhet shfrytëzuar. Të sëmurët nga TBC mjekohen gjatë në spitale speciale ose në reparte pulmologjike e pastaj evidentohen dhe kontrollohen në dispanseri antituberkulare regjionale. Derisa janë në spital ata duhet të njoftohen me natyrën e sëmundjes, me rëndësinë e marrjes së barërave me rregull e për kohë të gjatë, si dhe për rëndësinë e pushimit dhe të ushqimit të rregullt. Posaçërisht duhet të mësohen ta shfrytëzojnë ta mirëmbajnë pështymoren. Pirja e duhanit ndalohet rreptësisht e potencohet rëndësia e higjienës personale dhe të ambientit.

Për edukimin shëndetësor shfrytëzohen pllakatat, fletushkat, udhëzimet e shkruara e sidomos fjala e gjallë në formë ligjerate e diskutimi. Efekte të shkëlqyshme kanë treguar edhe filmat edukativë si dhe radiostacioni intern. Edukimi vazhdohet edhe gjatë kontrollave në dispanseri, ndërsa efekti më i madh arrihet në shtëpinë e të sëmurit kur me edukim shëndetësor përfshihet e tërë familja. Për edukimin shëndetësor të përgjithshëm dhe specifik janë përgjegjës të gjithë punëtorët shëndetësorë, posaçërisht infermierët që kalojnë kohë më të gjatë me pacientë.



Fig 4. Kujdesi dhe edukimi i të sëmurëve.

1.11 Epidemiologjia e tuberkulozit

Rreth një e treta e popullsisë së botës është infektuar me *M. tuberculosis*, me infeksione të reja që ndodhin në rreth 1% të popullsisë çdo vit. Megjithatë, shumica e infeksioneve me *M. tuberculosis* nuk shkaktojnë sëmundje të TBC-së dhe 90-95% e infeksioneve mbeten asimptomatike. Në vitin 2012, rreth 8.6 milionë raste kronike ishin aktive, në vitin 2010 janë diagnostikuar 8.8 milionë raste të reja të TBC-së, dhe 1.20-1.45 milion vdekje kanë ndodhur, shumica e tyre ndodhin në vendet në zhvillim. Nga këto 1.45 milionë vdekje, rreth 0.35 milionë ndodhin në ato të infektuar me HIV.

Tuberkulozi është shkaku i dytë më i shpeshtë i vdekjes nga sëmundjet infektive (pas atyre për shkak të HIV-it). Numri i përgjithshëm i rasteve të tuberkulozit është zvogëluar që nga viti 2005, ndërsa rastet e reja janë zvogëluar që nga viti 2002. Kina ka arritur një progres jashtëzakonisht dinamik, me një reduktim prej 80% të vdekshmërisë së TBC-së në vitet 1990 dhe 2010. Numri i rasteve të reja ka rënë për 17% midis 2004 dhe 2014. Tuberkulozi është më i zakonshëm në vendet në zhvillim; rreth 80% e popullsisë në shumë vende aziatike dhe afrikane reagojnë pozitivisht në testet e tuberkulozit, ndërsa vetëm 5-10% e popullsisë amerikane reagojnë pozitive. Shpresat për kontrollimin total të sëmundjes janë dëmtuar në mënyrë dramatike për shkak të një numri faktorësh, duke përfshirë vështirësinë për të zhvilluar një vaksinë efektive, procesin diagnostik të shtrenjtë dhe kohën që shfrytëzon ky proces, dhe nevojën e shumë muajve të trajtimit.

Shkalla e TBC-së ndryshon me moshë; në Afrikë, kjo prek kryesisht adoleshentët dhe të rinjtë. Megjithatë, në vendet ku normat e incidencës kanë rënë ndjeshëm (siç janë Shtetet e Bashkuara), TBC-ja është kryesisht një sëmundje e njerëzve të moshuar dhe imunokompromituar. Në të gjithë botën, 22 shtete ose shtete me "barrë të lartë" së bashku përjetojnë 80% të rasteve, si dhe 83% të vdekjeve.

II. QËLLIMI I PUNIMIT

Qëllimi kryesor i punimit është analizimi i karakteristikave bazike të pacientëve me TBC në Spitalin Rajonal "Isa Grezda" Gjakovë për vitin 2000 edhe 2010.

Ndërsa qëllimet e punimit janë :

- Identifikimi i pacientëve të sëmurë nga tuberkulozi ne rajonin e Gjakovës;
- Roli i infermieres në edukimin shëndetësorë të pacientëve;
- Trajtimi dhe gjendja e tyre shëndetësore;
- Vlerësimi i marrjes së terapisë më rregull;

III. METODOLOGJIA

Materiali i përdorur për këtë punim është siguruar në Spitalin Rajonal "Isa Grezda" Gjakovë, përkatësisht në Ambullanten Pulmologjike.

Në këtë institucion janë marrë të dhënat e pacientëve të sëmurë me TBC.

Nga këto të dhëna u nxjerrën : identifikimi i pacientëve të sëmurë nga tuberkulozi ne rajonin e Gjakovës, gjendja e tyre shendetësore, trajtimi i tyre, vlerësimi i marrjes së terapisë me rregull.

Metoda e këtij hulumtimi është retrospektive.

Rezultatet janë shprehur me numra absolut dhe me përqindje.

Paraqitja e rezultateve është bërë me tabelë dhe me grafikone.

IV. REZULTATET

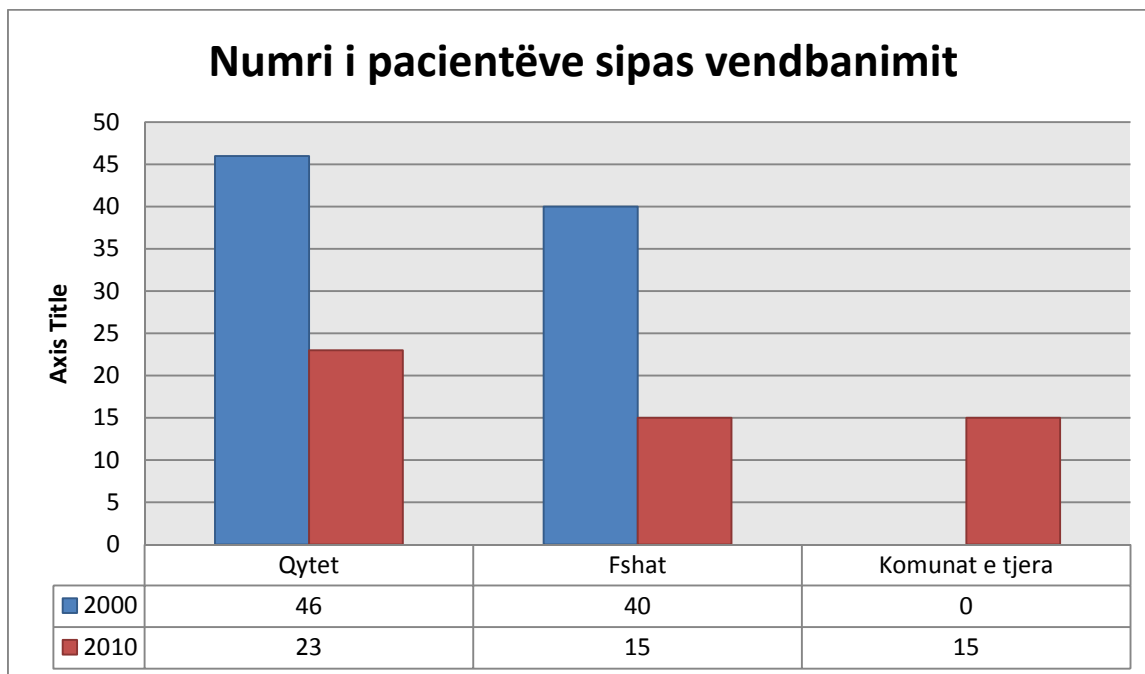
Në Spitalin Rajonal "Isa Grezda" Gjakovë janë nxjerrur të dhënat si në vazhdim (Tab. 1)

Në vitin 2001 dhe në vitin 2016 në Spitalin "Isa Grezda" Gjakovë janë regjistruar këta pacientë:

<i>Viti</i>	<i>Nr. I Pacientëve</i>	<i>Qytet</i>	<i>Fshat</i>	<i>Komunat e tjera</i>	<i>Femra</i>	<i>Meshkuj</i>	<i>Mosha mesatare</i>
<i>2000</i>	<i>86</i>	<i>46</i>	<i>40</i>	<i>0</i>	<i>35</i>	<i>51</i>	<i>20-40 Vj.</i>
<i>2010</i>	<i>53</i>	<i>23</i>	<i>15</i>	<i>15</i>	<i>25</i>	<i>28</i>	<i>35-44 Vj.</i>

Tabela 1. Numri i pacientëve të sëmurë TBC.

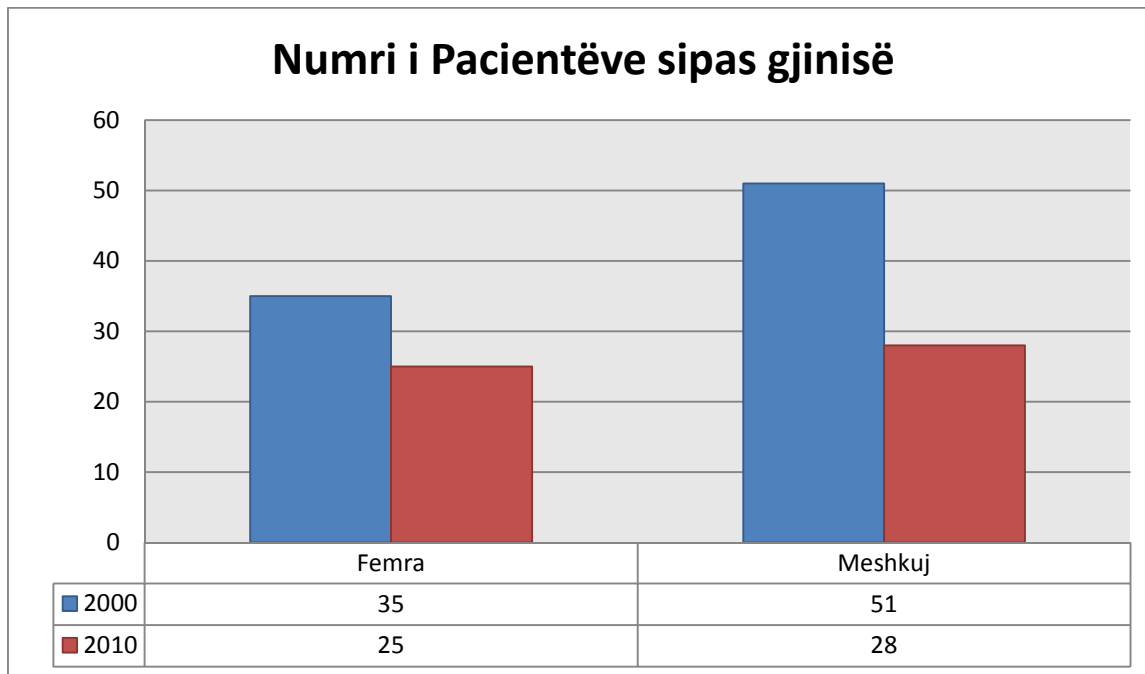
Nga rezultatet e lartëcekura shihet qartë se në vitin 2000 numri i pacientëve ishte me i madhi ku ishin gjithësej 86 pacientë. Në vitin 2010 ishte numri më i vogël ku ishin 53 pacientë.



Grafikoni 1. Numri i pacientëve sipas vendbanimit.

Numër më i madh me këtë sëmundje u vërejt nga qyteti i Gjakovës. Në vitin 2000, ku nga 86 pacientë sa ishin gjithësej 46 prej tyre ishin nga qyteti i Gjakovës.

Në vitin 2010 nga 53 pacientë, sa ishin gjithësej 15 prej tyre ishin nga fshatrat e kësaj komune.(Graf 1)



Grafikoni 2. Numri i pacientëve sipas gjinisë.

Kjo sëmundje nuk është se favorizohet në njëren gjini por në këto statistika meshkujt janë më të atakuar.

Në vitin 2000 nga 86 pacientë sa ishin gjithësejët, 51 prej tyre ishin meshkuj.

Në vitin 2010 nga 53 pacientë, 28 prej tyre ishin meshkuj. (Graf 2)



Grafikoni 3. Gjithsej të vaksinuar në 4 QMF.

Në vitin 2000, si pasojë e kushteve të rënda ekonomike, dhe si pasojë e mënyres së jeteses pasluftes, ishte numri më i madh i rasteve me TBC në dekadën e fundit në Kosovë. Numri i pacientëve ishte 86.

Në vitin 2016 ka pasur një rënie e dukshme të rasteve me TBC, ku janë vetëm 53 pacientë. Përmirësimi i kushteve të jeteses, qasja më e lehtë në institucionet shëndetsore, barërat, etj. janë faktorët që kane ndikur që numri i pacientëve është më i vogël duke e krahasuar me numrin e pacientëve të vitit 2001. (Graf. 3)

V. DISKUTIMI

Sipas statistikave të nxjerra nga spitali “Isa Grezda” në Gjakovë në vitin 2000 ishin 86 pacientë të sëmurë me TBC, kurse në vitin 2010 janë 53 pacientë. Prej tyre në vitin 2000 nga qyteti ishin 46, kurse në vitin 2010 nga qyteti ishin 23.

Në vitin 2000 mosha mesatare ishte 20-40 vjeçare, kurse në vitin 2010 mosha mesatare ishte 35-44 vjeçare.

Sipas këtyre statistikave shihet se viti 2000 ka më shumë raste të sëmuarve me TBC, poashtu edhe dallimi në moshë ishte shumë i madh. Kjo mund të arsytohet se nga kushtet e rënda ekonomike të pasluftës, mundësija e përhapjes së tuberkulozit ishte më e madhe.

Arsyet tjera të ketij dallimi të madh mund të jenë nga mos informimi, pakujdesia dhe pamundësia për tu vizituar të mjeku.

VI. PËRFUNDIMI

Nga punimi mund të nxirren këto përfundime :

- Në vitin 2000 kemi gjithsej 86 të sëmurë me tuberkulozë, kurse në vitin 2010 ishin vetëm 53 pacientë,
- Në vitin 2000 më së shumti pacienta kishte nga qyteti i Gjakovës, gjithsej 46 pacientë, poashtu ne vitin 2010 numëri më i madhë ishte nga qyteti e Gjakovës vetëm se ketu ishte nr i pacientëve 23;
- Në vitin 2000 mosha mesatare e pacientëve të prekur me tuberkuloz ishte 20-40 vjeçare, ndërsa në vitin 2010 mosha mesatare ishte 35-44 vjeçare;
- Pacientët pas marrjës së terapisë me antituberkulant kanë pasur suksesë të knaqshëm;
- Ambullanta dhe reparti i pulmologjisë janë të paisura me fletushka dhe udhize për simptomat, shkaqet dhe trajtimin e TBC;
- Raporti i sëmundshmërisë nga viti 2000 me vitin 2010 është në rënje; kjo është pasojë e kushteve me të mira të jetesës dhe kontaktit me te kujdesshëm me pacientet e sëmuar me TBC.

VII. ABSTRAKTI

Hyrje. Tuberkulozi është sëmundje ngjitëse bakteriale, që mund të përfshijë organe dhe sisteme të ndryshme organesh, por më së shpeshti përfshinë mushkeritë. Është e njohur që nga kohërat e lashta, me rënie të herëpashershme të sëmundshmërisë dhe vdekshmërisë në periudha të ndryshme kohore.

Shkaktari i tuberkulozit është *Mycobacterium tuberculosis*, ose bacili i Koch-ut.

Mjekimi i tuberkulozit: Antituberkulotikët, si bazë e mjekimit modern, kanë merita të pakontestueshme për ndryshimin rrenjësor në evaluimin dhe porognozën e sëmundjes. Parakusht për mjekim të suksesshëm të tuberkulozit është diagnoza e hershme dhe zbatimi i përpiktë i mënyrës së dhënies së anti-tuberkulotikëve.

Metodologjia Materiali i përdorur për këtë punim është siguruar në Spitalin Rajonal "Isa Grezda" Gjakovë, përkatësisht në Ambullanten Pulmologjike.

Në këtë institucion janë marrë të dhënat e pacientëve të sëmurë me TBC.

Nga këto të dhëna u nxjerrën : Identifikimi i pacientëve të sëmurë nga tuberkulozi në rajonin e Gjakovës, gjendja e tyre shendetësore, trajtimi i tyre, vlerësimi i marrjes së terapisë me rregull.

Metoda e këtij hulumtimi është retrospektive.

Rezultatet janë shprehur me numra absolut dhe me përqindje.

Paraqitja e rezultateve është bërë me tabelë dhe me grafikone.

Diskutimi Sipas statistikave të nxjerra nga spitali "Isa Grezda" në Gjakovë në vitin 2000 ishin 86 pacientë të sëmurë me TBC, kurse në vitin 2010 vetëm 53 pacientë. Ku prej tyre në vitin 2000 nga qyteti ishin 46, kurse në vitin 2010 nga qyteti ishin 23.

Në vitin 2000 moshë mesatare ishte 20-40 vjeçare, kurse në vitin 2010 moshë mesatare ishte 35-44 vjeçare.

Sipas këtyre statistikave shihët se viti 2000 ka më shumë raste të sëmuarve me TBC, poashtu edhe dallimi në moshë ishte shumë i madhë. Kjo mund të arsytohet se nga kushtet e rënda ekonomike të pasluftës, mundësija e përhapjes së tuberkulozit ishte më e madhe.

Arsyet tjera të këti dallimi të madhë mundë të jenë nga mosinformimi, pakujdesia dhe pamundësia për tu vizituar të mjeku.

Përfundimi. Nga punimi mund të nxirren këto përfundime :

- Në vitin 2000 kemi gjithsej 86 të sëmuarë me tuberkulozë, kurse në vitin 2010 ishin vetëm 53 pacientë,
- Në vitin 2000 më së shumti pacienta kishte nga qyteti i Gjakovës gjithsej 46 pacientë, poashtu në vitin 2010 numëri më i madhë ishte nga qyteti i Gjakovës vetëm se ketu ishte nr i pacientëve 23;
- Në vitin 2000 mosha mesatare e pacientëve të prekur me tuberkuloz ishte 20-40 vjeçare, ndërsa në vitin 2010 mosha mesatare ishte 35-44 vjeçare;
- Pacientët pas marrjës së terapisë me antituberkulant kanë pasur suksesë të knaqshme të sherimit;
- Ambullanta dhe reparti i pulmologjisë janë të paisura me fletushka dhe udhize për simptomat, shkaqet dhe trajtimin e TBC,
- Raporti i sëmundshmërisë nga viti 2000 me vitin 2010 është në rënje. Kjo është si pasojë e kushteve me të mira të jetesës dhe kontakti me i kujdeseshëm me pacientet e sëmuar me TBC.

VIII. REFERENCAT

1. Universiteti i Tiranës, Fakulteti i infermieris (Infermieristika në specialitete) Peka, I. Neçaj, E. Rustam, D. Bego, A. Imami-Lelçaj, M. Çelaj, A. Dervishi, V. Zanaj, V. Mane, 2005
2. Mjekësia interne me kujdes, Tefik Bekteshi, Emrush Kryeziu, Ymer Elezi, Halil Ahmetaj, Rexhep Manaj, Kelmend Pallaska, Rukije Mehmeti, Agron Kerliu, Gazmend Zhuri Prishtinë, 1999
3. Propedeutika e mjekësisë interne
Prof. Gani Bajraktari
4. <https://medlineplus.gov/tuberculosis.html>
5. PEDIATRIA
Prof. Assoc. dr. Mehmedali Azemi,
Prof. Dr. Mujë shala, dhe
Bashkëpunëtor.

IX. CV e shkurtër e kandidatit

Besnik Zejnaj i lindur me 07.04.1996 në Deçan, jeton në fshatin Irznia, komuna e Deçanit.

Shkollën e mesme të ulët e kam kryer në shkollën fillore "Avni Rrustemi" në Irzniq.

Shkollën e mesme të lartë e kam përfunduar në Gjakovë në shkollën e mesme të mjekësisë "Hysni Zajmi" dhe diplomova në drejtimin " Asistent infermier I pergjithshem ".

Shkollimin Universitar e fillova në vitin 2014 në Universitetin e Gjakovës "Fehmi Agani", Fakulteti i Mjekësisë, Drejtimi Infermieri, niveli bachelor.

Përveq studimeve kam punuar si infermier vullnetarë në Spitalin Rajonal "Isa Grezda" në Gjakovë në repartin e Emergjencës në një periudhë 1 mujore.

Gjatë 3 viteve të praktikave infermiere pata mundësinë të jem praktikantë 1 vitë në Q.K.M.F "Adem Ukëhaxhaj" në Deçan dhe 2 vite në Spitalin Rajonalë në Pejë në repartin: Interno, Neurologjisë, Pulmologjisë, Ortopedisë, Urologjisë, Kirurgjisë, Pediatriisë dhe Njesinë Koronare.

Pas kësaj kohe dhe këtyre përvojave e ndjejë vetën të gatshëm dhe të sigurtë që të vazhdojë tutje të punoj me përkushtim si infermier i përgjithshëm.

Nr telefonit: +38649482797

Adresa: Rruga "Malë Zejnaj" Irzniq

Email: bessi-9@live.com