

**UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”  
FAKULTETI I MJEKËSISË  
PROGRAMI: INFERMIERI**



**PUNIM DIPLOME**

**Tema: PARANDALIMI I DEKUBITUSIT, KUJDESI INFERMIEROR TE  
PACIENTËT E PA LËVIZSHËM**

**Mentori:**

Dr. Mr. Sci. Skender Ukaj

**Kandidatja:**

Iliriana Nimani

Gjakovë, 2018

Punimi i diplomes me temën “ **Parandalimi i dekubitusit, kujdesi infermieror te pacientet e palëvizshem**”është punuar në Universitetin e Gjakovës, Fakulteti i Mjekësisë, Programi Infermieri.

Mentori: Dr. Mr. Sci. Skender Ukaj

Punimi përmban: 32 faqe

8 figura.

## **Deklarata studentore**

Unë, Iliriana Nimani, deklaroj se tema e diplomes me titullë “ **Parandalimi i dekubitusit, kujdesi infermieror te pacientet e pa lëvizëshem**” është punimi im origjinal. Literatura dhe burimet e tjera që i kam shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuar në referenca.

## **FALENDERIMET:**

Për rezultatet e arritura deri me tani:

Meritat më të mëdha i ka familjen ime për mbështetjen dhe përkrahje që më dhanë në çdo aspekt dhe pa as një kusht.

Gjithashtu falenderoj profesorët dhe stafni udhëheqës të Universitetit të Gjakovës e veçanërisht Mentorin tim Dr. Mr. Sci. Skender Ukaj, i cili gjithmonë gjeti kohë për të më ndihmuar në realizimin e këtij punimi, andaj e falenderoj për zemrësisht për durimi, mundin, korrektësinë, angazhimi dhe këshillat e tij gjatë gjithë kësaj periudhe.

Faleminderit shumë!

## **Përmbajtja:**

<b>ABSTRAKT</b> .....	<b>6</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>7</b>
<b>1. HYRJE</b> .....	<b>8</b>
<b>2. Qëllimi i punimit</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Metodologjia</b> .....	<b>9</b>
4. Klasifikimi i plagëve dekubitale .....	10
4.1 Shenjat e para gjatë zhvillimit të dekubitusit.....	11
4.2 Mekanizmat themelorë që shkaktojnë dekubitusin janë: .....	11
4.3 Cilët persona janë të rrezikuar nga dekubitusi? .....	12
4.4 Faktorët që e lehtësojnë paraqitje e dekubitusit .....	12
4.5 Ku paraqitet dhe për sa kohë zhvillohet dekubitusi? .....	14
4.6 Prevalence – parandalimi i dekubitusit .....	15
4.7 Trajtimi .....	18
4.8 Trajtimi në spital .....	19
4.9 Trajtimi ose kujdesi në shtëpi .....	22
<b>5. KUJDESI INFERMIEROR</b> .....	<b>23</b>
5.1 Vlerësimi fillestar infermieror .....	23
5.2 Vlerësimi klinik - manifestimet klinike .....	24
5.3 Vlerësimi psikosocial:.....	25
5.4 Diagnoza infermiere .....	26
5.5 Planifikimi infermieror .....	27
5.6 Vlerësimi i arritjeve .....	27
<b>6. PËRFUNDIMI:</b> .....	<b>28</b>
<b>7. REKOMANDIMET:</b> .....	<b>29</b>
<b>8. Referencat nga literaturat:</b> .....	<b>30</b>
<b>9. Referencat nga Interneti:</b> .....	<b>31</b>
<b>10. CV (Curriculum Vitae) e shkurtër e kandidatës</b> .....	<b>32</b>

## ABSTRAKT

Në këtë punim do të tregojmë se dekubitusi është një problem serioz shëndetësor dhe është e rëndësishme për tu vlerësuar se si pacientët fitojnë dekubitusin pas pranimit në institucionin e kujdesit shëndetsor dhe në gjendje shtëpijake.

Gjithashtu do të shqyrtohet përgjegjësia e detyrës së kujdesit të pacientëve dhe përdorimi i mjeteve të vlerësimit të rrezikut, reduktimi i faktorëve të rrezikut (të brendshëm dhe të jashtëm), klasifikimi sipas stadeve, kujdesi infermieror, diagnostifikimi, parandalimi dhe trajtimi i dekubitusit.

Strategjitë parandaluse që do të trajtohen në këtë punim janë të tilla si njohja e rrezikut, ulja e efekteve të presionit, vlerësimi i statusit nutrcional, shmangia e qëndrimit të gjatë në shtrat, si dhe ruajtja e integritetit të lëkurës.

Në principet e trajtimit futen: vlerësimi i rëndesës së plagës, reduktimi i presionit, fërkimit dhe forcës prerëse, zgjedhja e kujdesit të plagës, menaxhimi i kontaminimit bakterial dhe korigjimi i defiçiteve nutricionalë.

***Fjalët kyqe: dekubitusi, faktorët rrezikues, parandalimi, kujdesi infermieror.***

## **ABSTRACT**

In this paper we will show that decubitus is a serious health problem and it is important to evaluate how patients get decubitus after admission to the healthcare and home care facility.

It will also be considered the responsibility of the patient's duty of care and the use of risk assessment tools, reduction of risk factors (internal and external), stage classification, nursing care, diagnostics, prevention and treatment of decubitus.

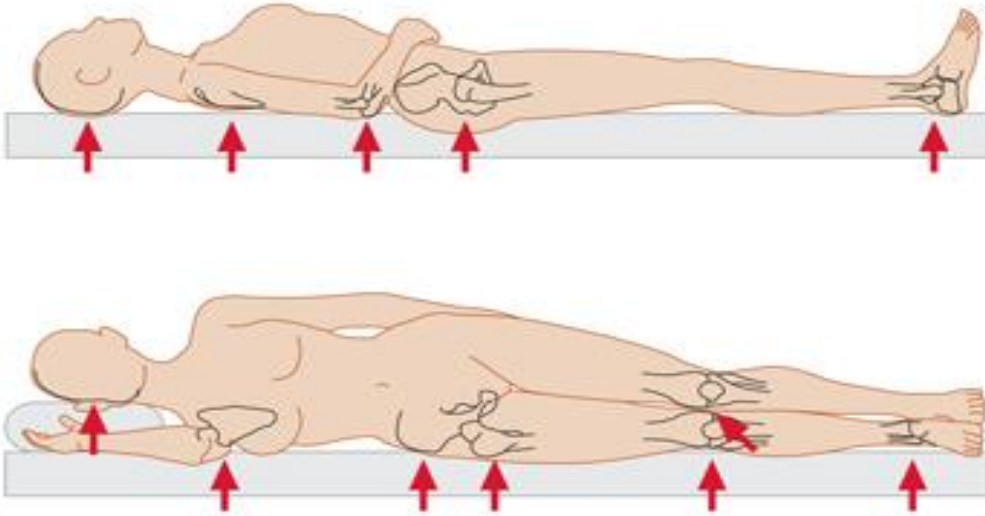
The preventive strategies that will be addressed in this paper are such as risk recognition, reduction of pressure effects, assessment of nutritional status, avoidance of long stay in bed, and preservation of skin integrity.

The principles of treatment include: assessment of wound severity, reduction of pressure, friction and shearing force, choice of wound care, management of bacterial contamination and correction of nutritional deficits.

***Key words: decubitus, risk factors, prevention, nursing care.***

## 1. HYRJE

Dekubitusi ose plagët dekubitale ( të shkaktuara nga pozita e shtrirë) janë vende të lëkurës së dëmtuar dhe ndonjëherë edhe të indeve më të thella, për shkak të presionit të trupit dhe qarkullimit të dobët të gjakut në atë regjion.<sup>1</sup>



*Figura 1. Vendet ku mund të paraqitet Dekubitusi<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Dr. shk. Kiri Zallari, Parime të Geriatriisë dhe të Gerontologjisë, Tiranë, 2008. fq160

<sup>2</sup><http://www.galenaplus.com/sta-je-dekubitus>



## **2. Qëllimi i punimit**

Qëllimi i punimit është të tregojmë se çka është dekubitusi, cilat janë shkaqet më të shpeshta, manifestimet klinike, trajtimi si dhe kujdesi infermieror te pacientet e pa lëvizshme me qëllim të përmirësimit të gjendjes shëndetsore.

### **Objektivat:**

- Të përkufizojm dekubitusin,
- Të klasifikojm dekubitusin sipas stadeve,
- Të paraqesim kujdesin infermieror të pacientet e palëvizshëm,
- Nxerrja e konkluzioneve përfudimtare.

## **3. Metodologjia**

Për realizimin e këtij punimi është përdorur metoda e rishikimit të literatures. Informacionet e paraqitura janë siguruar nga literatura të shumta mjekësore dhe web-faqe të ndryshme.

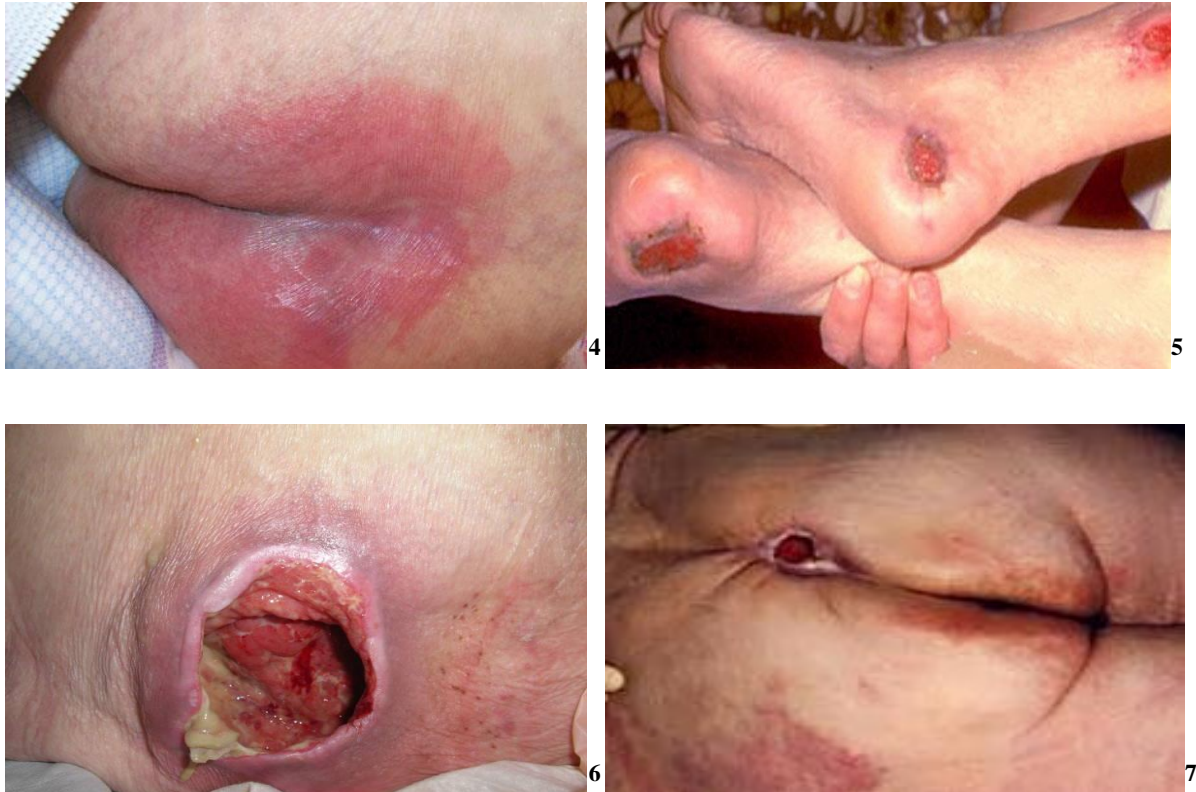
#### 4. Klasifikimi i plagëve dekubitale

**Stadi 1.** Lëkura intakte me eritemë e cila nuk zbehet (zverdhet).

**Stadi 2.** Humbje parciale e lëkurës, me përfshirje të epidermis dhe dermës.

**Stadi 3.** Humbje e lëkurës me dëmtim – nekrozë të indit yndyror, subkutan i cili mund të shtrihet deri të fascia lëkurore dhe ta dëmtojë.

**Stadi 4.** Humbje e tërësishme e lëkurës ekstensive apo dëmtim i muskujve dhe eshtrave.<sup>3</sup>



*Figura 2. Paraqitja e plagëve dekubitale në 4 stadet*

<sup>3</sup>Morley JE., Silver AJ,- Classification of decubitus. Fq162-163

<sup>4</sup><http://www.apotekazajecar.rs/4271-2/dekubitusi>

<sup>5</sup><http://www.forum-opp.com/index.php?action=printpage;topic=1239.0>

<sup>6</sup><https://sr.wikipedia.org/wiki/Dekubitus>

<sup>7</sup><http://www.forum-opp.com/index.php?topic=1239.0>

## 4.1 Shenjat e para gjatë zhvillimit të dekubitusit

Është e nevojshme kontrollimi ose vetëkontrollimi i tërë lëkurës, veçanërisht në vendet me predispozitë. Kontrollimi është mirë të bëhet para çdo zhveshje dhe larje. Përcjelllet pacienti nëse ankohet se ndonjë vend i dhemb ose ndjen ndryshim në krahasim me më parë.

Ndryshimet që ndodhin në lëkurë dhe janë tregues për fillimin e dekubitusit:

- Te personat me lëkurë të bardhë, paraqitet skuqje e cila nuk kalon por mbetet disa orë;
- Te personat me lëkurë të errët, vendet ngjyrosen me ngjyrë vjollce të errët e cila nuk kalon disa orë;
- Pjesë të lëkurës të cilat janë të enjtura, më të forta se sa për rreth;
- Pjesë të lëkurës që janë të nxehta ose më të ftofta në krahasim me pjesët tjera;
- Paraqitja e fluskave ose plagës sipërfaqësore.<sup>8</sup>

## 4.2 Mekanizmat themelorë që shkaktojnë dekubitusin janë:

**Shtypja:** dekubitusi paraqitet kur një pjesë e lëkurës është e shtypur për një kohë të shkurtë ose për një kohë të gjatë në shtypje më të dobët. Shtypja e atillë e zvoglon qarkullimin në atë pjesë, gjithashtu edhe ushqyshmërinë e indit. Për këtë arsye lëkura dhe indi nënlëkuror fillon të vdes dhe kështu shkaktohet plaga.

**Fërkimi:** sipërfaqja e lëkurës dëmtohet kur shkaktohet fërkimi në mes të çarçafit dhe (p.sh thembrës) apo fërkimi i lëkurës (p.sh në mes të gjunjëve).

**Tërheqja:** kur pjesa e sipërme e trupit të pacientit është e ngritur për më shumë se 30<sup>0</sup> lëkura e shpinës është ngjitur për krevati, dysheku, çarçafi, ndërsa strukturat tjera më të thella si eshtrat shoqërohen teposhtë. Në ato pjesë enët e gjakut kryqëzohen, qarkullimi i gjakut çrregullohet dhe shkaktohen kushte për paraqitje të dekubitusit. Kjo ndodh kur pacienti i cili nuk mund të lëvizë vetë “ rrëshqet” ose “ tërhiqet” gjatë ngritjes së krevatit.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup>Dr. Lence Nelosha, Dr. Mr. Kataria Damevsha “Plagwt dekbitalë” Shkup 2011

<sup>9</sup>Myers, B.A (2004) Wound Management: Principles and practice. Prentice Hall; Upper Saddle River, New Jersey, 37-45,369 391

### 4.3 Cilët persona janë të rrezikuar nga dekubitusi?

Personi ka rrezik të zhvilloj dekubitus derisa:

- Qëndron për kohë të gjatë në krevat ose në karrocë;
- Nuk mund të lëvizë pa ndihmën;
- Nuk ndjen dhimbje në tërë trupin ose në një pjesë të trupit (për shkak të diabetit, insulinit cerebral, dëmtimit të boshtit kurrizor etj);
- Nuk mund të urinoj (inkontinencë);
- Ka sëmundje të rëndë;
- Pas intervenimit kirurgjik.

75% e dekubitusit paraqiten te personat mbi 70 vjet. Lëkuara e këtyre pëson ndryshime që lehtësojnë paraqitjen e dekubitit.

- Qarkullimi i dobësuar
- Lëkura është e dobësuar dhe e ndjeshme në lëndime
- Shpeshherë është i zvogëluar sasia e indit yndyror nënlëkuror i cili mundëson amortizim dhe zvogëln shtypjen
- Pelqët shpesh kanë problem me lëvizjen dhe sëmundje tjera kronike.<sup>10</sup>

### 4.4 Faktorët që e lehtësojnë paraqitje e dekubitusit

Faktorët më të shpeshtë janë lëvizjet e dobësuar ose palëvizshmëria.

- Dëmtimi i boshtit të kurrizit me paralizë të ekstremiteteve
- Dëmtimi i trurit dhe insulti cerebral që rezultojnë me paralizë,
- Sëmundje tjera të cilat shkaktojnë pengesa në lëvizje si Alzheimer, Skleroza multiple, Sëmundja e Pankinsonit dhe të ngjajshme.
- Thyrjet, periudha pas operacionit, koma,
- Format e rënda të artritit.

---

<sup>10</sup> Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk, Available at: [www.bradenscale.com](http://www.bradenscale.com) Accessed: July 17,2012

**Ndjeshmëria e zvogëluar e dhimbjes** – sëmundjet si diabeti, insulti cerebral, dëmtimi i boshtit kurrizor, dhënia e barnave (analgjetik, sedativë) mund të shkaktojnë ndjeshmëri më të vogël të dhimbjes nëpër pjesë të ndryshme të trupit, për këtë arsye pacienti nuk ndjen dhimbje dhe qëndron në të njejtën pozitë, nuk bënë lëvizje.

**Sëmundjet e rënda kronike** – ( Diabeti, sëmundjet e zemrës, të venave dhe arterieve, sëmundjet kronike të mushkërive etj.)

**Joushqyshmëria dhe lodhja.**

**Inkontineca** – pamundësia e kontrollit të nevojës së vogël dhe të madhe shkakton lagështi në atë regjion. Lagështia dhe nxëhtësia shkaktojnë paraqitjen e plagës.

**Sëmundje shpirtrore** – ushqyeshmëria dhe higjena e keqe.

**Faktorët e jashtëm:**

- Shtypja prej sipërfaqeve të forta (dysheku i fortë, karrika, karroca);
- Fërkimi për shkak të lëvizjes (p.sh, fërkimi i thembrës me krevatin);
- Çdo send në shtratin e të sëmurit mund të jetë burim i shtypjes si p.sh. mbetje e ushqimit, katetri, rrudhat e çarçafit, patenti i rrobave;
- Lagështi (prej djersës, urinës, sekretit të plagës etj).

**Faktorët e brendshëm:**

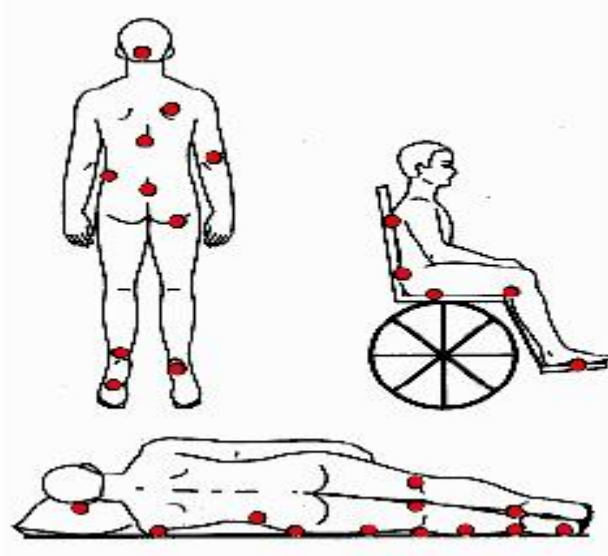
Janë shkaktarë si rezultat i sëmundjes dhe çrregullimeve p.sh diabeti, sëmundjet e zemrës dhe veshkave, paralizat etj.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup>Pachemsky LR, Avaliacao de fatores de risco para desenvolvimento de ulcera de pressão através da escala de Braden em um hospital universitario da região norte do Paraná. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2009

#### 4.5 Ku paraqitet dhe për sa kohë zhvillohet dekubitusi?

Vendet ku ashti është i thyer më afër lëkurës, (ngritjet e eshtrave) janë vendet ku më të predispozuar për shtypje, varësisht ku pacienti është në pozitë të shtrirë, anësore ose ulur në karrik.



*Figura 3. Vendet më të shpeshta ku paraqitet dekubitusi janë: thembrat, gishtat, gjunjët, nyjet, kombliku, shpina, bishti, pjesa sakrale, veshi.<sup>12</sup>*

Koha e paraqitjes së dekubitusit varet nga gjendja e përgjithshme e pacientit, sa është e fortë shtypja, prej lëvizjeve, hidratimit, ushqyshmërisë, kushteve hapsinore, dhe shtratit. Ndonjëherë mjaftojnë 2 orë që të vdes indi. Që dekubitusi të bëhet i dukshëm duhen prej disa orë në disa ditë.<sup>13</sup>

<sup>12</sup><https://hendiportal.com/rane-nastale-pritiskom-cirevi-nastali-pritiskom-ili-dekubitusi>

<sup>13</sup>National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).

## 4.6 Prevalenca – parandalimi i dekubitusit

Më lehtë është të parandalohet formimin e këtyre plagëve sesa të mjekohen, po ashtu parandalimi shpreh gjithashtu efektivitetin dhe asistencën mjekësore korrekte. Kështu duke filluar me zbatimin e udhëzimeve mbi rregullgimin e shtratit të pacientit, tendosja mirë e çarçafave, pastrami pas çdo vakti ushqimor, pozicionet e duhura dhe të rekomanduara të pacientit dhe për më tepër lëvizja e pacientit çdo 2 orë. Pjesa e rëndësishme e dekubitusit nga presioni është higjiena e pacientit, banjo e përgjithshme ose parciale, kujdesi për zonën perineale të pacientit me inkontinencë që përbën edhe një prej faktorëve predispozues në formimin e këtyre plagëve.

Veprimet parandaluese mund të ulin rrezikun e pacientit për shfaqjen e dekubitusit.<sup>14</sup>

### *Masat parandaluese janë:*

**Ndryshimi i pozicionit** – është çelsi i parandalimit të dekubitusit nga presioni.

Këto ndryshime duhet të jenë shumë të shpeshta, ripozicionimi është i nevojshëm për të shmangur stresin në lëkurë dhe pozicionet e trupit janë të domosdoshme për të minimizuar rrezikun e presionit në zonat e prekshme.

- Ripozicionimin i pacientit të kufizuar në shtrat duhet të kryhet çdo 2 orë kurse i personave në karrik duhet të kryhet çdo 15 min. Pacientët të cilët nuk janë të aftë të kryejnë këto veprime duhet ndihmuar nga ekipi i dhënies së kujdesit.
- Përdorimi i paisjeve për reduktimin e presionit të tilla si : material mbushës prej sfungjeri, dyshekë me ajër ose lëngë, jastëkët etj, si dhe përdorimi i sipërfaqeve mbështetëse.
- Shmangni ngritjen e kokës së krevatit më shumë se 30°, për të parandaluar forcën e prerjes.
- Shmangni masazhin mbi prominencat kockore, për arsye se fërkimi mund të çojë në krijimin e dekubitusit.
- Shmangni materialin/mbulesa plastike të cilat mund të shkaktojnë djersitje të tepruar.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup>Pressure Sore Treatment, Diagnosis and Prevention Retrieved April 19,2012

<sup>15</sup><http://www.stoppain.org/pressureulcers/common/pdf/BIMC.patient.pdf>

**Kujdesi i lëkurës** – mbrojtja dhe monitorimi i gjendjes së lëkurës është e rëndësishme për parandalimin e dekubitusit dhe për identifikimin e plagëve të stadit të parë përpara se ato të përkeqësohen.

- *Lëkura*: duhet të pastrohet me sapun të butë dhe me ujë të ngrohtë, shpërlahet dhe më pas fshihet me peshqir të butë dhe të thatë. Lubrifikohet lëkura të paktën 2 herë në ditë me krem të lehtë ose xhel, sidomos mbi pikat e shtypjes.
- *Mbrojtja e lëkurës*: lëkura që është e ndjeshme ndaj lagështisë së tepërt mund të mbrohet me pudër talk. Tharjes së lëkurës duhet ti aplikohet solucion.
- *Insektimi i lëkurës*: insektimi i përditshëm i lëkurës është i rëndësishëm për identifikimin e zonave të ndjeshme të lëkurës apo për identifikimin e shenjave të hershme të dekubitusit.<sup>16</sup>

**Menaxhimi i inkontiençës** – inkontinenca urinare ose fekale duhet të menaxhohet për të parandaluar lagështinë dhe ekspozimin bakterial të lëkurës. Kujdesi mund të përfshijë asistencën e caktuar shpesh me urinimin, pastrimin e lëkurës me butësi pas çdo episodi të pakontrolluar me ujë ose me pastrues me pH të balancuar, shmangia e fërkimit të tepërt dhe ashpër pasi mund të traumatizojë lëkurën, ndryshimet e shpeshta të pelenave, përdorimin e barrierave mbrojtëse kundër lagështisë në lëkurë si dhe për të mbrojtur dhe ruajtur lëkurën, zgjedhja e materialeve absorbuese dhe e veshjeve të brendshme për të parandaluar lagështinë e shkaktuar nga inkontineca duke shmangur kështu macerimin e lëkurës, përdorimin e paisjeve si katetrët urinar ose tubat rektal. Disa mënyra të ushqyrjes nëpërmjet tubit dhe antibiotikët mund të përkeqësojnë rastet e diarresë. Komunikimi me mjekun dhe/ose dietetistin për problemin e diarresë për të vlerësuar mundësitë për minimizimi e diarresë.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup>[www.npuap.org](http://www.npuap.org)

<sup>17</sup>Maklebut J. Pressure ulcers; etiology and prevention. *Nurs Clin North Am.* Jun 1987;22(2):359-77.



**Ndërhyrjet nutricionale** - mjeku, dietologu apo pjesëtarët tjerë të ekipit të kujdesit mund të rekomandojnë ndryshime dietetike të cilat mund të ndimojnë në përmirësimin e shëndetit të lëkurës së pacientit.

- *Dieta:* pacientët mund të kenë nevojë për rritjen e sasisë së kalorive, proteinave, vitaminave dhe mineraleve në dietën e tyre. Doktorit gjithashtu mund të përshkruajë suplemente dietetike të tilla si vitamina C dhe zink.
- *Lëngjet:* hidratimi i duhur është i rëndësishëm për ruajtjen e një lëkure të shëndetshme. Ekipi i kujdesit mund të këshillojë sësia lëngje duhet të merren dhe të informojnë për shenjat e hidratimit të dobët të tilla si nxerrja e pakët e urinës, urinë e errët, gojë e thatë ose e lagësht etj, lëkura e thatë ose konstipacion.
- *Asistenca e të ushqyerit:* disa pacientë me mobilitete të kufizuar apo dobësi të dukshme mund të kenë nevojë për ndihmë në lidhje me të ngrënit në mënyrë që të marrin ushqim të përshtatshëm.

#### **Përmirësimi i mobilitetit, i përfuzionit të indeve (ushtrimeve dhe ripozicionimi):**

- Ushtrime aktive dhe pasive,
- Një terapist fizik mund të rekomandojë një program të përshtatshëm ushtrimesh që përmirëson qarkullimin, formon gradualisht inde vitale të muskujve, stimulon oreksin dhe forcon trupin në përgjithësi.
- Monitorimi i nivelit të dhimbjes dhe përgjegjjen ndaj medikamenteve kundër dhimbjes:
- Pacientët jokohshient vlerësohen për axhitacion, takikardi dhe për rritje të tensionit të gjakut.

**Monitorimi për shenja të infeksionit lokal** ( eritimë për rreth buzëve të plagës, erë të keqe, eksudate purulente) **si dhe sepsis** ( edhe celulite rreth plagës, shtim të dhimbjes, ulje të presionit të gjakut, takikardi, nivele të alteruara.

**Shmangni pirjen e duhanit se ajo kufizon marrjen e oksigjenit në lëkurë.**

**Edukimi i pacientit në lidhje me dekubitusin dhe si ata mund të ndihmonjë në parandalimin e tyre.**<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup><http://www.stoppain.org/pressureulcers/common/pdf/BIMC.patient.pdf>

## 4.7 Trajtimi

Trajtimi për dekubitus mund të ndryshojë në varësi të stadi të cilën ndodhet dekubitusi.

Dekubitusi në stadin e parë dhe të dytë zakonisht shërohet brenda për disa javëve deri në disa muaj me trajtim konservativ. Dekubitusi i stadi të tretë dhe katërtë është më i vështirë për tu trajtuar dhe kërkojnë trajtim kirurgjikal.

Trajtimi konservativ përfshin:

- Kujdesin e plagës;
- Dehidrimi i indeve nekrotike;
- Optimizmin e nutricionit;
- Çlirimin e presionit;
- Minimizimi e spasticitetit muskular.

Kujdesi duhet të drejtohet në menaxhimin mjekësor të gjendjeve kronike të tilla si:

- Kontrolli i diabetit dhe hipertensionit;
- Stabilizimi i problemeve periferike vaskulare;
- Ndërhyrjet për të përmirësuar faktorët e rrezikut.

Kjo mund të realizohet nga personeli i kujdesit parësor dhe nënspecialist ( mjeku i përgjithshëm, mjeku endokrinolog, mjeku specialist i sëmundjeve vaskulare) në bashkëpunimi me personelin e kujdesit parësor.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup>McInnes E, Dumville JC, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SE. Pressure Sore Treatment. Dec 7 2011;CD009490

## 4.8 Trajtimi në spital

Në trajtimin e çdo plage, pamvarësisht në cili stadë ndodhet, ndiqen këto hapa:

### 1). Largimi i presionit (shtypjes) e cila mund të realizohet nëpërmjet:

#### a). Pozicionimit të pacientit

Një pacient me ulçer nga presioni duhet të kthehet apo rrotullohet dhe ripozicionohet rregullisht dhe të vendoset në pozicion korrekt. Pacientët të cilët janë të kufizuar në karik me rrota duhet të ndryshojnë pozicionin e tyre çdo 15 min dhe duhet ti ofrohet ndihmë në lidhje me ndryshimet e pozicionit çdo orë. Ndërsa pacientet e kufizuar në shtrat duhet të ndryshojnë pozicionin çdo 2 orë. Paisjet ngritëse ( të ekstremitetit apo trupit të pacientit), lëkura e dashit apo disa lloje materialesh mbushëse, mund të ndihmojnë në reduktimin e fërkimit gjatë ripozicionimit.



Figura 4. Një paisje në formë të një trapeze e cila i ndihmonë pacientet në lëvizje.<sup>20</sup>

#### b). Sipërfaqet mbështetëse

Jastekët e veçantë, materialet mbrojtëse për plagë (gazra, fasho, ngjitësa steril të llojeve dhe përbërjeve të ndryshme), materialet prej sfungjeri, dyshekët dhe shtetërit mund të ndihmonjë pacientin që të shtrihet në një pozicio të përshtatshme, mund të reduktojnë presionin e krijuar dhe gjithashtu mund të mbrojnë lekurën të rrezikuar nga dëmtimi.<sup>21</sup>

<sup>20</sup><http://www.forum-opp.com/index.php?topic=1239.0>

<sup>21</sup>McInnes E, Dumville, JC, Jammali – Bell-Syer SE. Support surfaces for treating pressure ulcers. Cochrane Database Syst Rev. Dec 7 2011; cd009490.



*Figura 5. Jastëk të veçant që e ndimojnë pacietin të reduktoj presionin e krijuar.<sup>22</sup>*

## **2. Pastrimi i plagës dhe aplikimi i fashimeve të plagës**

Plaga duhet të mbahet e pastër për të parandaluar infeksionin. Plaga në stadin e parë, mund të lahet lehtësisht me ujë të ngrohtë dhe me sapun të butë, kjo do të reduktoj irritimin dhe tharje e lëkurës. Plagët e hapura nga ana tjetër duhet të pastrohen me solucion fiziologjik çdo herë që ndryshohet fashimi dhe lagen me butësi nëpërmjet një gazre të pastër. Pastrimi i plagës me agjent antiseptik ( p.sh povidoe jod – Betadinë, peroksid hidrogjeni, acid acetik), duhet të shmanget, pasi këto agjentë janë citostatikë për indet e shëndosha dhe vonojnë shërimin e plagës. Nuk këshillohen fërkimet me alkool që i heqin lëkurës mbrojtjen lipidike, e dehidrojnë dhe e bëjnë më delikate.

Fashimet që mbajnë një mjedis të lagësht të plagës ndihmojnë shërimin dhe mund të përdoren për dehidrim autolitik. Materialet sintetike reduktojnë kohën e dhënies së kujdesit, shkaktojnë më pak diskomfort dhe potencialisht sigurojnë lagështi të qëndrueshme.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup><http://www.forum-opp.com/index.php?topic=1239.0>

<sup>23</sup>Berkwits L. Yarkony GM, Lewis V. Marjolin's ulcer complicating a Pressure ulcer; Treatment. ARCH Phys Med Rehabil. Nov 1986;67 (11):831-3.



Figura 6 .Llojet e fashimeve.<sup>24</sup>

### 3). Debridimi i indeve nerkotike

Indet nerkotike rrisin mundësinë e infeksioit bakterial dhe vonojnë kështu shërimin e plagës. Heqja e shpejtë e indeve nerkotike nëpërmjet debridimit do të shpejtojë shërimin e plagës.

Debridimi do të thotë: “ Heqja e indeve nerkotike, të kontaminuara, të ngjitura ose ndonjë trupi te huaj, për të përmirësuar aftësinë shëruese të indit të mbetur të shëndoshë”.

*Qëllimet e debridimit janë:*

Heqë indet obstruktive (nerkotike);

Të ulë rreziku e infeksioni;

Të përshpejtojë shërimin e plagës;

Të parandajojë komplikacionet e mëtejshme duke reduktuar shkaktarin e indeve.

*Format e debridimit janë:*

Debridimi kirurgjikal ose i mprehtë;

Debridimi mekanik( me anë të rrymimit uJOR);

Debridimi autolitik ( enzimet e vet trupit shkatrojnë indet e vdekura);

Debridimi enzimatik ose kimik (siç janë enzimet proteolitike);

Debridimi biologjik ose Terapia Maggot (terapia me lavra).

<sup>24</sup><https://najdoktor.com/vat-terapija-lijecenje-kronicnih-rana-terapija-negativnim-tlakom/a355>

## 4.9 Trajtimi ose kujdesi në shtëpi

Kujdesi në shtëpi për dekubitus përfshin:

- Kujdesin e plagës sipas udhëzimit të mjekut
- Pastroni plagën sa herë që ndërrohet fashoja
- Pastroni lehtësisht lëkurën:
  - Përdorni sapun të butë dhe ujë
  - Pastroni lëkurën pa e traumatizuar/gjakosur atë
  - Thajeni lëkurën
  - Aplikoni një krem ativiotik sipas rekomandimit të mjekut tuaj
  - Aplikoni një fashë sipas rekomandimit të mjekut
- Mos përdorni pastrues për lëkurë,
- Mos bllokoni/izononi sipërfaqen e lëkurës
- Reduktoni presionin e ushtruar mbi dekubitus:
  - Ndryshoi shpesh pozicionin në shtrat
  - Përdorni mbulesa dysheku prej sfungjeri në formën e vezës.<sup>25</sup>



Figura 7.Ndërrimi i pozitës.<sup>26</sup>

<sup>25</sup>Book: Mayo Clinic Family Health Book, 4<sup>th</sup> Edition.

<sup>26</sup><http://www.forum-opp.com/index.php?topic=1239.0>

## 5. KUJDESI INFERMIEROR

Kujdesi infermieror tek pacientet e palëvizshëm kërkon njohuri dhe aftësi të mjaftueshme profesionale. Qëllimi i procesit të kujdesit infermieror është të sigurojë kujdesin e duhur për pacientët për të ruajtur dhe përmirësuar shëndetin , për të parandaluar sëmundjen dhe për të bërë lehtësimin e dhimbjeve.



Figura 8. Kujdesi infermieror<sup>27</sup>

### 5.1 Vlerësimi fillestar infermieror

Infermieri që me ardhje e pacientit ne institucioi shëndetësor i merr të dhënat gjenerale informata për sëmundjet e mëparshme dhe historinë familjare, pyet gjithashtu për frekuencën dhe gjendjen e tainshme të sëmundjes, kohën e shfaqjes së shënjave të para të sëmundjes dhe terapinë që e përdorë apo ka përdor.

---

<sup>27</sup><https://www.maminsvijet.hr/zdravlje/dekubitus-procjena-rizika-prevencija-i-lijecenje>

## **5.2 Vlerësimi klinik - manifestimet klinike**

Pacientët e palëvizshëm karakterizohen me një ose më shumë mekanizma patologjik në enët e gjakut, në strukturën selektore lëkurorë etj.

**Manifestimet kardiovaskulare:** Janë zakonisht të lidhura, me ndryshime në ritmin e zemrës, me ndryshime në tensionin arterial etj.

**Manifestimet skeletore:** Te pacientët e palëvizshëm niveli skeletor është shumë i dobësuar gjë që e pa mundëso lëvizje e lirë të pacientit, pa ndihme e të tjerëve.

**Manifestimet e lëkurës:** Lëkura është e dobësuar dhe e ndjeshme në lëndime, mundet të paraqitet skuqje e deri te plagët e ndryshme në atë pozitë që ka qëdruar i sëmuari dhe në atë që ka me pak muskuj si p.sh. pjesa e eshtrave, shpatulles, shpinës, thembreve, gjuhëve, e më rrallë në zgavrat e kokës.

**Manifestimet gastrointestinale:** Ngajeherë pa mundësia e marrjes së pozitës së dëshiruar mund të jetë e lidhura me refluksin gastrointestinal.

**Manifestimet nervore:** Te personat e moshuar mund të jenë të prishme simptomat e dhembjes, të shkaktuara nga shumë faktorë. Receptorët e dhembjes, skaj nervor që transformon një stimul dhembje në masazh, transmetojnë informacionin “dhembje” nëpërmjet fibrave nervore të medullës spinale, në tru që lokalizon stimuli dhe e identifikon.



### 5.3 Vlerësimi psikosocial:

Situata individuale psikosociale nganjëherë paraqet ndryshime të mëdha të kondidave në aspektin e aftësisë së pacientit për të kuptuar plotësisht kërkesat terapeutike dhe për të bashkëpunuar në lidhje me trajtimin.

Qëllimi i vlerësimit psikosocial është të marrë informacion rreth shkallës së gadishmërisë për të bashkëpunuar e cila mund të pritët nga pacienti dhe të afërmit e tij/saj dhe çfarë mund të bëhet (p.sh nga intervista informuse, trajnimet, përdorimi i mjeteve të përshtatshme etj) për të siguruar respektimin ose zbatimin në përputhje me trajtimin dhe planin e kujdesit.

Një vlerësim real i gjendjes psikosociale është i domosdoshëm, veçanërisht në kontekstin e kujdesit.

Aspektet që duhet të vlerësohen janë si më poshtë:

- Statusi mendor i pacientit ( A është personi vigjilent, i orietuar në kohë, vend? A është konfuz, i shqetësuar apo nervozë?.)
- Shenjat e depresionit, niveli i ankthit
- Mjedisi / rrethi social
- Marrëdhënia e kujdesit të të afërmeve
- Mënyra e jetesës dhe problemet e lidhura me enticitetin
- Burimet e mundshme për trajtimin dhe kujdesin janë gjithashtu për tu vlerësuar, p.sh dispoeshmërinë dhe kualifikimin e personave të specializuar për dhënien e kujdesit, burimet financiare, paisjet etj.

## 5.4 Diagnoza infermierore

Diagozat infermierore janë të vendosura nga analiza e të dhënave nga vetë pacienti. Diagnozatat e mundshme infermierore për një person të palëvizshëm mund të përfshijë:

- Prishja e integritetit të lëkurës e lidhur me moshën, imobilitetin, forcën e fërkimit, qarkullimi i dobët, lagështirën, sëmundjet kronike.
- Prishje e komfortit e lidhur me dhimbjen, presionin e ushtruar mbi proeminencat kockore;
- Prishje e cikleve të gjumit e lidhur me dhimbjen, imunitetin;
- Dëmtimi i mborbilitetit fizik lidhur me restriksionin (ndalimin) e lëvizjeve të kërkuara, statusin e kushtëzuar, humbjen e kontrollit motorik për shkak të ndryshimeve në statusin mendor;
- Prishje e imazhit trupor e lidhur me efektin e humbjes së funksioneve trupore, humbjen e shtresave të lëkurës;
- Ndryshime në ushqyerje më pak se nevojat e organizmit e lidhur kjo me malnutricionin;
- Rrezik i lartë për infeksion e lidhur me dëmtimin e lëkurës, efektet e sëmundjeve kronike dhe malnutricionit;
- Pa aftësi individuale për tu përballur e lidhur me streset, humbjen e kontrollit mbi funksionet trupore, ndryshimet kryesore në mënyrën e jetesës;

## 5.5 Planifikimi infermieror

- Sigurimi i sasisë së nevojshme të të gjitha kërkesave ushqimore;
- Zvogëlimi i rrezikut ndaj infeksioneve;
- Zvogëlimi i rrezikut për dëmtime;
- Përdorimi i terapisë adekuate;
- Kontrollat te mjeku ti kryej me përpikmëri;
- Kujdesi për lëkurën;
- Reduktimi i faktorëve rrezikues si: shtypja;
- Pozita e duhur gjatë fjetjes;
- Ndërrimi i pozitës të paktë çdo 2 orë;
- Kujdesi ndaj higjenës;
- Përvetësimi i njohurive për parandalimi dhe menaxhimin e sëmundjes.

## 5.6 Vlerësimi i arritjeve

Në bazë të diagnozave të marra nga pacienti ose personi përgjegjës dhe në bazë të historisë familjare, infermieri vlerëson kujdesin për pacientin e palëvizshëm.

### Arritjet e pritura janë:

- Gjendje ankthi i pacienteit.
- Kanë qrrregullime të ritmit.
- Rënie dhe ngritje të tensionit arterial.
- Janë të vetëdijshme për gjendjen.
- I përmbahen dietës ushqimore.
- Kanë kujdes për ruajtje e lëkurës
- Bëjnë ndërrimin e pozitës çdo 2 orë
- Rënie e imunitetit trupor.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup><http://www.uamd.edu.al/new/wp-content/uploads/2014/05/UL%C3%87ERA-NGA-PRESIONI-PLAG%C3%8BT-DEKUBITALE-DHE-KUJDESI-INFERMIEROR-.pdf>

## **6. PËRFUNDIMI:**

Si përfudim i gjithë këtij punimi kemi arritur të kuptojm se dekubitusi është nekrozë e indit lëkuror, nënlekuror, dhjamor, muskolor si pasojë e mos ushqyshmëris me materie ushqyese gjatë qëndrimit në një pozitë.

Dekubitusi shfaqet më së shpeshti te të sëmurit në gjendje të rënd dhe më së shpeshti shfaqet në atë pozitë që ka qëndruar i sëmuari dhe në atë që ka më pak muskuj si p.sh. pjesa e eshtrave, shpatullës, shpinës, thembrave, gjunjëve e më rrallë në zverkun e kokës.

Në shfaqjen e dekubitusit ndikojnë faktorët endogje dhe ekzogjen.

Te kta persona shërimi bëhet në mëyrë komplekse përveç se kërkon kujdes të përditshem të lidhjes së plagës duhet të menjanohe një here faktorët për shkatrimin dhe rehabilitimi por, të moshat e reja rekomandohen edhe operacionet plastike të ndërlikuar.

## **7. REKOMANDIMET:**

Hapat që duhet të ndërmerren për pacientet me dekubitus janë:

- Sigurimi i ambientit të përshtatshëm
- Shmangia e rrezikut ndaj infeksioeve
- Ndërrimi i pozitës së të sëmuari të paktën çdo 2 orë
- Trajtimi me mediakmentë adekuate
- Ndërrimi i plgës sipas nevojës
- Dieta e rekomanduar nga mjeku
- Menaxhimi tensionit dhe rreziqeve të tjera.

## 8. Referencat nga literaturat:

1. Dr. shk. Kiri Zallari, Parime të Geriatriisë dhe të Gerontologjisë, Tiranë, 2008. fq160
2. Morley JE, Silver AJ,- Classification of decubitus. Fq162-163.
3. Dr. Lence Nelosha, Dr. Mr. Kataria Damevsha “Plagët dekbitale” Shkup 2011
4. Myers, B.A (2004) Wound Management: Principles and practice. Prentice Hall; Upper Saddle River, New Jersey, 37-45,369 391
5. Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk, Available at: [www.bradenscale.com](http://www.bradenscale.com)  
Accessed: July 17,2012
6. Maklebut J. Pressure ulcers; etiology and prevention. *Nurs Cli North Am.* Jun 1987;22(2):359-77.
7. Pachemskhy LR, Avaliacao de fatores de risco para desenvol – vimento de ulcera de pressao atraves da escala de Braden em um hospital universitario da regio norte do Parana . Londrina: Universidade Esadual de Londrina; 2009
8. National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP).
9. Pressure Sore Tretment, Diagnosis and Preventio Retrieved April 19,2012
10. McInnes E, Dumville JC, Jammali-Blasi A, Bell-Syer SE. Pressure Sore Tretment. Dec 7 2011;CD009490
11. Book: Mayo Clinic Family Health Book, 4<sup>th</sup> Edition.
12. Berkwits L. Yarkony GM, Lewis V. Marjolin’s ulcer complicating a Pressure ulcer; Tretment. *ARCH Phys Med Rehabil.* Nov 1986;67 (11):831-3.

## 9. Referencat nga Interneti:

1. <http://www.stoppain.org/pressureulcers/common/pdf/BIMC.patient.pdf>
2. <https://hendiportal.com/rane-nastale-pritiskom-cirevi-nastali-pritiskom-ili-dekubitusi>
3. <https://hendiportal.com/rane-nastale-pritiskom-cirevi-nastali-pritiskom-ili-dekubitusi/attachment-dekubitusi/>
4. [www.npuap.org](http://www.npuap.org)
5. <http://www.galenaplus.com/sta-je-dekubitus>
6. <http://www.uamd.edu.al/new/wp-content/uploads/2014/05/UL%C3%87ERA-NGA-PRESIONI-PLAG%C3%8BT-DEKUBITALE-DHE-KUJDESI-INFERMIEROR-.pdf>
7. <http://www.apotekazajecar.rs/4271-2/dekubitusi>
8. <http://www.forum-opp.com/index.php?action=printpage;topic=1239.0>
9. <https://sr.wikipedia.org/wiki/Dekubitus>
10. <http://www.forum-opp.com/index.php?topic=1239.0>
11. <http://www.stoppain.org/pressureulcers/common/pdf/BIMC.patient.pdf>
12. <https://www.maminsvijet.hr/zdravlje/dekubitus-procjena-rizika-prevencija-i-lijecenje>
13. <https://najdoktor.com/vat-terapija-lijecenje-kronicnih-rana-terapija-negativnim-tlakom/a355>

## 10. CV (Curriculum Vitae) e shkurtër e kandidatës

<b>Emri dhe Mbiemri</b>	Iliriana Nimani
<b>Ditëlindja</b>	12.03.1994
<b>Gjinia</b>	Femër
<b>Vendlindja</b>	Gjakovë
<b>Vendbanimi</b>	Gergoc
<b>Kombësia</b>	Shqiptare
<b>Nënshtetësia</b>	Kosovare
<b>Adresa</b>	Luftetarët Nimanaj
<b>E-mail</b>	<a href="mailto:nimaniiliriana@outlook.com">nimaniiliriana@outlook.com</a>
<b>Shkolla e mesme e lartë</b>	Shkolla e mesme “ Hysni Zajmi” Gjakovë
<b>Universiteti</b>	Universiteti i Gjakovës “Fehmi Agani”
<b>Fakulteti</b>	Fakulteti i Mjekësisë
<b>Program</b>	Infermieri
<b>Statusi</b>	E rregullt