

UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”

FAKULETI I MJEKËSISË

DREJTIMI: INFERMIERI



**PUNIM DIPLOME**

**KETOACIDOZA DIABETIKE – STUDIM  
RASTI**

Punoi: Valfiona Dervishaj

Mentori: Prof.Ass.Dr. Dardan Koçinaj

Gjakovë, Nëntor 2017

Punimi është bërë në Fakultetin e Mjekësisë “Fehmi Agani” Gjakovë dhe institucionin shëndetësor QKUK- Prishtinë.

Mentori: Prof.Ass.Dr.Dardan Koçinaj

Punimi përfshin: 33 faqe, 1 tabel dhe 2 figura.

## **DEKLARATA STUDENTORE:**

“Deklaroj se kjo Temë e Diplomës është punimi im original. E gjithë literature dhe burimet tjera që i kamë shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara”.

## **Falenderimet**

Për përkrahjen dhe përkushtimin gjatë gjithë këtyre viteve akademike i faleminderohem në veçanti familjes time të cilët ishin afer meje gjatë këtij udhëtimi, sa të vështirë aq edhe të bukur.

Faleminderoj mentorin e këtij punimi Prof.Ass.Dr.Dardan Koçinaj për ndihmën dhe mbështetjen që na ofroi gjatë gjith kohës me punën e tij të palodhëshme për finalizimin e këtij punimi.

Faleminderoj stafin akademik të universitetit të Gjakovës “Fehmi Agani” për kyçjen në biblioteken e universitetit.

E faleminderoj vajzën e agjës dhe shoqërin time për mbështetjen që më kanë dhënë gjatë gjithë kohës.

# PËRMBAJTJA

<b>1. Abstrakti</b>	7
<b>2. Hyrje</b>	8
2.1.Fiziologjia e Pankreasit	9
2.2.Diabeti Mellit	10
2.3.Komplikimet e diabetit	11
2.4.Ketoacidoza diabetike	12
2.5.Pasqyra klinike	13
2.6.Shenjat dhe simptomat	14
2.7.Komplikimet	16
2.8.Diagnoza	17
2.9.Mjekimi	18
2.10.Trajtimi	19
2.11.Dieta te diabetikët dhe komplikimete diabetit	20
2.12.Kujdesi infermieror	21
2.13.Edukimi shëndetësor	22
<b>3. Qëllimi</b>	23
<b>4. Metodologjia (Materialet dhe Metodat)</b>	24
<b>5. Rezultatet</b>	25
<b>6. Diskutimi</b>	28
<b>7. Përfundimi</b>	29
<b>8. a) Rezymea</b>	30
<b>8. b) Summary</b>	31
<b>9. Referencat</b>	32
<b>10. CV e shkurtër e kandidatit</b>	33

## **Lista e shkurtesave**

DM - Diabeti Mellit

DKA - Ketoacidoza diabetike

IV – Intravenoz

SC – Subcutan

EKG – Elektrokardiogrami

TA – Tensioni arterial

Rtg-pulmo – Rentgeni i mushkërive

USG – Ultrasonografia

EMNG - Elektroneuromiografia

## **Lista e figurave**

Figura 1. Anatomia e pankreasit.

Figura 2. Shenjat dhe simptomat e ketoacidozës.

## **Lista e tabelave**

Tabela 1. Pikat thelbësore të trajtimit të DKA-së.

## **1. Abstrakti**

Punimi është bërë në Fakultetin e Mjekësisë “Fehmi Agani” Gjakovë. Të dhënat për prezentim rasti janë marrë në Qendren Klinike Universitare të Kosovës”Prishtinë”. Me posedim paraprak të lejes edhe nga i sëmuri .

Përmes këtij punimi është vlersuar diabeti në përgjithësi dhe ketoacidoza si komplikim.

Mentori i temës është : Prof. Ass. Dr. Dardan Koçinaj.

Tema përfshinë 33 faqe, 1 tabel dhe 2 figura.

## 2. Hyrja

Duke pasur parasysh që diabeti është një sëmundje e cila po prek gjithnjë e më shumë njerëzimin duke mos veçuar as vendet më të zhvilluara, si një sëmundje më problematikë globale kërkon një përkushtim maksimal nga stafi mjekësor, nga pacientët nga familja dhe nga shoqëria. Rol kyq është parandalimi dhe mjekimi me kohë pasi që mund të vijmë deri te komplikimet e mëtutjeshme të cilat në shumicën e rasteve mund të përfundojnë edhe me fatalitet. Përmes këtij punimi mund të informoheni për diabetin në përgjithësi si sëmundje si dhe për ketoacidozen diabetike si njëra prej komplikimeve akute të diabetit. Diabeti është çrregullim metabolik, që karakterizohet me rritjen e nivelit të sheqerit në gjak dhe shoqërohet me çrregullim të metabolizmit, të karbohidrateve (sheqernave), yndyrnave dhe proteinave. Ketoacidoza diabetike është komplikim akut i diabetit, karakterizohet me një rritje enorme të nivelit të glukozës në gjak. Shkaktohet nga mungesa e insulinës. Në mungesë të insulinës, mëlçia prodhon trupa ketonikë (beta-hidroksibutirat, acetoacetat, aceton). Shenjat dhe simptomat: dhimbje barku, dehidrim, frymëmarrje Kussmaul (frymëmarrje të ngadalta dhe të thella), prani e ketoneve në gjak dhe urinë (hiperkalemi, hiperglikemi).



## 2.1.Fiziologjia e Pankreasit

Pankreasi është gjënder e aparatit tretës, tek njeriu i rritur ka një peshë rreth 70-80 gram, ngjyrë roze-gri me konsistencë të butë. Përbehet nga tri pjesë: koka, trupi dhe bishti. Gjatësia e tij është 16 - 22 cm, gjerësia rreth 4 cm dhe trashësia rreth 2 cm.Vendoset në thellësi te stomakut ne murin e pasëm të barkut.

Pankreasi është gjënder me funksion të dyfishtë – endokrin, prodhon hormone (insulin , glukagon) dhe ekzokrin (liron enzime në zorrën dymbëdhjetëgjishtore). Insulina dhe glukagoni prodhohen në ishujt e Langerhansit lat. Insulla-ishuj. Këto hormone rregullojnë sasinë e sheqerit në gjak. Nëse pankreasi liron pak insulinë, si pasojë shfaqet sëmundja e sheqerit – diabete mellitus.<sup>1</sup>

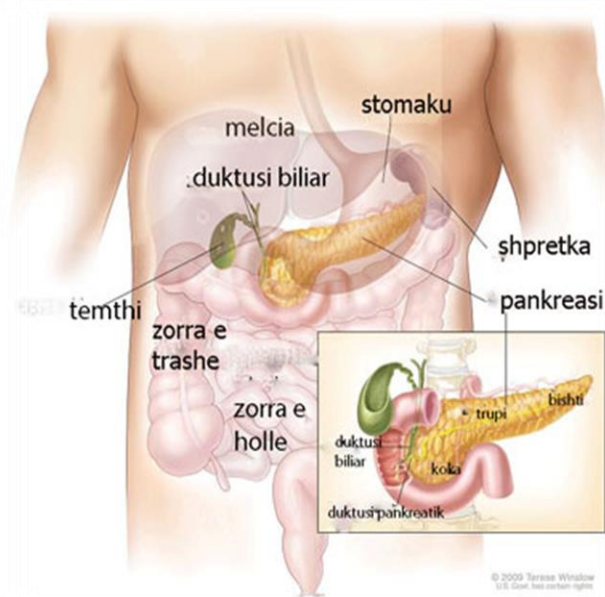


Fig.1.1 Anatomia e pankreasit<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Totozani.D, Qamirani.S. Anatomia normale e njeriut. Tiranë, 2001: 171

<sup>2</sup><http://www.altincekodhima.com/?go=pankreasi>

## 2.2. Diabeti Mellit

Sëmundja e sheqerit (Diabetes mellitus), është sëmundje e vjetër sa edhe vet njerëzimi. Fjala diabetes do të thotë qarkullim, ndersa mellitus e ëmbel si mjalta. Sëmundja e sheqerit është sëmundje kronike e cila manifestohet me ngritje të përhershme të nivelit të glukozës në gjak (glikemisë).<sup>3</sup>

DM është një grup gjenetiksht dhe klinikisht heterogjen i çrregullimeve kronike sistemike për arsye të ndryshme. Çrregullimet të karbohidratit CHO, proteinave, dhe metabolizmit të lipideve ndodhin edhe për shkak të deficiencës së insulinës. Diabeti mund të jetë kërcnues për jetën.<sup>4</sup>

Shkaku i sëmundjes është mungesa e pjesërisht apo e plotë e insulinës, hormon ky i cili mundëson hyrjen e glukozës nga gjaku në qeliza ku ajo metabolizohet dhe shfrytëzohet për krijim të energjisë. Në këtë mënyrë insulina zvogëlon nivelin e glikemisë.

Diabeti ndahet në dy forma kryesore:

1. Diabeti i varur nga insulina ose tipi **I** dhe
2. Diabeti i pavarur nga insulina ose tipi **II**.

Sëmundja manifestohet me etje të shprehur dhe konsumim të madh uji (polidipsia), urinim të shpësthtë e me sasi më të madhe (poliuria) dhe uri e marrje e shpeshtë e ushqimit (Polifagia).

- Diabeti insulinovartës është i njohur si tipi i parë, haset zakonisht tek fëmijët dhe adoleshentët. Ndodh kur nuk prodhohet insulinë nga pankerasi si pasojë glukoza rritet shumë në gjak dhe shkakton hiperglicemi. Këta persona e kanë të domosdoshem madje jetike terapinë me insulinë. Pacienti ka urinim të shpeshtë (poliuri), uri (polifagi), etje dhe gjuhë të thatë (polidipsi), lodhje, gjendje të përgjumur, shikim të trubullt, rënie në peshë, irritim dhe lëkurë të thatë.

---

<sup>3</sup> Bekteshi.T, Ahmetaj.H, Elshani.N, Hundozi.Z, Krasniqi.S, Haziri.A, Tafarshiku.H, Memaj.R, Pallasku Krasniqi.A, Baiq.R Kujdesi shendetësor për klasen IV të shkollave të mesme të mjekësis. Prishtinë, 2000: 103

<sup>4</sup> Peka.E, Neqaj.L, Rustemi.E, Bego.D, Imami-Lelqaj.A, Çela.M, Dervishi.A, Zanaq.V . Mane.V. Infermieristika në Specialitet.Tiranë, 2005: 154

- Diabeti jo-insulinovartës është i njohur si tipi i dytë, organizmi nuk është në gjendje të prodhojë insulinë në gjendje te mjaftueshme. Ky tip zakonisht është i trashëguar e zakonisht haste tek moshat e shtyera. Pacienti ka urinim të shpeshtë veçanërisht natën, etje jo normale, djersë, lodhje pa ndonjë arsye, trbullime në të pamur, plagë dhe probleme të shpeshta të lëkurës mpirrije dhe çpime në duarve dhe këmbë.

### 2.3.Komplikimet e Diabetit

Komplikimet e diabetit ndahen në akute dhe kronike.

**Komplikimet akute:** ketoacidoza diabetike, hiperglikemia, hipoglikemia, koma diabetike.

**Komplikimet kronike:** sëmundjet kardiovaskulare, nefropatia, etj.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Peka.E, Neqaj.L, Rustemi.E, Bego.D, Imami-Leqaj.A, Çela.M, Dervishi.A, Zanaq.V, Mane.V. Infermieristika në Specialitet. Tiranë, 2005: 154 - 155

## 2.4. Ketoacidoza diabetike

Është komplikim akut i formës të diabetit (të varur nga insulin). Karakterizohet me ngritje enorme të nivelit të glikemisë në gjak, e përcjellur me glikozuri, acetonemi dhe acetonuri. Shkaku i shfaqjes të ketoacidozës është mungesa e insulinës, glukozja e marrur me ushqim grumullohet në gjak, meqenëse nuk hyn në qeliza. Rritja e glikemisë mbi 180 mg%, përcillet me kalimin e glukozës në urinë e cila me vete merrë ujin dhe kripërat, duke shkaktuar dehidrimin e organizmit. Meqë glukozja nuk hyn dot në qeliza, për të plotësuar nevojat energjetike të organizmit, zërthehen proteinat në aminoacide si dhe yndyrnat në acide yndyrore. Si pasojë prodhohen sasi të mëdha të ketoneve dhe acetonit, duke shkaktuar acidoze të rëndë.<sup>6</sup>

Ketoacidoza paraqet problem jo vetëm me rritjen e nivelit të glukozës në serum (përshkak të rritjes së prodhimit të glukozës në melqi dhe uljes së kapjes së glukozës nga indet e ndjeshme ndaj insulinës), por gjithashtu edhe ketogjenezës. Në mungesë të insulinës, stimulohet lipoliza, duke siguruar acide yndyrore që shëndrrohen në menyrë preferenciale në trupa ketonik në melqi. Tipikisht, hiperglicemia dhe ketoza (ketoacidoza diabetike) të thella ndodhin në diabetikët e tipit **I**, individët që kanë mungesë të insulinës endogjene. Gjithësesi, ketoacidoza diabetike gjithashtu mund të ndodhë në tipin e **II** të diabetit, veçanërisht gjatë infeksioneve, traumave të forta ose shkaqeve tjera të stresit që rrisin nivelet e hormoneve kundër rregulluese, duke dhënë kështu një gjendje frenimi të thellë të veprimit të insulinës.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Bekteshi.T, Ahmetaj.H, Elshani.N, Hundozi.Z, Krasniqi.S, Haziri.A, Tafarshiku.H, Memaj.R, Pallaska.K , Krasniqi.A, Baiq.R. Kujdesi shendetësor për klasen IV të shkollave të mesme të mjekësis Prishtinë, 2000: 103

<sup>7</sup> McPhee.S, Ganong.W. Fizpatologhia e sëmundjeve njohja me mjekësin klinike Tiranë, 2013: 528

## 2.5. Pasqyra klinike

Ketoacidoza diabetike (DKA) rezulton kur mungesa absolute ose relative e insulinës lejon hipergikemine të bëhet dehidratuese dhe lipolisës për t'u bërë ketozë. Kjo rrjedhë ndeshet gjatë disa ditëve të pacientët që janë zakonisht të pavetëdijshëm për diagnozën e tyre të diabetit mellitus. Ndërsa dehidrimi bëhet më i rëndë, truri fillon të përjetojë rritjen të osmolalitetit. Gjendja mendore e ndyshuar fillon me latergji. Pacienti mund të bëhet i varur nga të tjerët për te siguruar vëmendje mjeksorë dhe nesë kjo shtyhet me tej, progredon në koma, ku pH bie. Nganjehere acidoza më shumë se dehidrimi është prezentimi kryesor. Pacientët e tillë zakonisht njihen si diabetikë që janë ne alarm, që kanë dispnea, stimuluar nga acidoza e tyre. Kjo mund të ndeshet kur një pacjent me një kontroll të fortë dështon të marrë disa doza të programuara insuline, pas dështimit të insulinës me pompë, ose pas fazës stimuluese të mbikonsumimit të alkoolit. Keto rrethana përfundojnë në një derdhje të dukshme hormonesh antirregullatorë, me veprimet e tyre lipolitike dhe glukogjenetike.

Niveli i glukozës në gjak në DKA zakonisht është më i lartë se 450mg/dL, por ky është një funksion dehidrimi. Kjo do te ngrëjë më tej nivelin e serumit te glukozës ose reagimin e pacientit ndaj acidozës, e cila mund te nxisë pacientin te kërkojë vëmendje mjekësore. Nesë zhvillimi i acidozës është i ngadaltë, pacienti mund të mos vizitohet deri sa niveli i glukozës i afrohet 1000mg/dl.

Gjendja e rënde e simptomatologjise është gjithashtu e lidhur me eksperiencën e mëposhtme të pacientit me DKA. Fajtorët përseritës janë pacientët të cilët kanë problem me vetë menaxhimin, zakonisht për arsye të qeshtjeve funksionale se sa psikologjike (alkooli ose probleme tjera ilaqesh). Këta pacientë që paraqitën shpesh me DKA mund të kenë pH e gjakut në me pak se 7.00 dhe mbetën vigjilentë.

Pacienti që është i vetëdishem për diagnozen duhet të dijë se si të nderhyjë shpejt për të bllokuar rënjen e DKA dhe kur të kërkojnë ndihmë profesionale. Pas futjes ne përdorim të monitorimit të glukozës në shtëpi ne vitët '80 dhe me vetëmenaxhimin në vitiet '90, përqindja e DKA ka rënë të pacientët e përgjegjshem. Hasja e saj të pacientët e njohur si të përgjegjshëm tregon njëfarë dështimi në administrimin e insulinës ose një stres të fshehtë apo të dukshëm, të tilla si infeksioni ne traktin urinarë, gastrointestinal, pneomoni viroze ose bakteremi.

Prezentimi klasik është një fëmije adoleshent që është bërë gjithnjë edhe me i dobët gjatë 3 deri në 5 ditë me dispnea dhe letargji. Të vjellat dhe dhimbjet e barkut mund të ndeshen për arsye të fryrjes gastrike, shkaktuar nga hiperglicemia e zhvilluar. Acidoza e thellë mund të shkaktojë frymarrjen Kussmaul me tërheqje dhe ngritje të klavikulës, ndërsa pacienti zgjeron plotësisht gjoksin në përpjekje për t'u tejajrosur në mënyrë maksimale dhe zbrazë CO<sub>2</sub>. Mund të ndjehet era edhe e acetonit. Rrahja e pulsit mund të jetë e shpejtë, me tension të ulët të gjakut, tregues i hipovolemisë. Ngritja e temperaturës nuk është e pazakontë dhe shkaktohet nga një infeksion precipitues apo puna mekanike e frymëmarrjes së rënduar, sepse dehidrimi pengon djersitej normale dhe freskimin.<sup>8</sup>

## 2.6. Shenjat dhe Simptomat

Shumica e pacientëve në DKA janë letargjik, rreth 10% janë komatozë. Ata kanë humbur sasi të mëdha likidesh; lëkura, buzët dhe gjuha janë dehidruar.

Pacientët me DKA kanë respiracion të shpejtë, të thellë, ndërsa frymëmarrja ka erën e mollëve të kalbura. Dhimbja abdominale është zakonshme dhe mund të shoqërohet me rritje të ndjeshmërisë, me mbrojtje abdominale dhe zbehje apo zhdukje të peirstaltikës të zorreve.

Pacientët me DKA mund të kenë nauze dhe të vjella (si llum kafeje).

Mund të jetë e pranishme edhe dhimbja e gjoksit. DKA-ja mund ta komplikojë shtatëzaninë, kur DKA-ja në shtatzani është rrjedhojë e diabetit të sapo të vendosur apo rrjedhojë e mosbashkëpunimit të grave të njohura me diabet, apo nëse komplikohet nga infeksioni rritet mundësia e humbjes fetale.<sup>9</sup>

**Simptomat:** nauze dhe të vjella, etje dhe poliuri, anoreksi, dhimbje abdominale, çrregullime të shikimit, përgjumje.

---

<sup>8</sup> Rakel.R. Traktati i mjekësisë së familjes. Tiranë, 2013: 1003

<sup>9</sup> Irwin.R, Rippe.J. Mjekësia e kujdesit intensive. Tiranë, 2013: 1257-1258

**Shenjat:** takikardi, hipotension, dehidrim, hiperpne ose frymëmarrje e Kossmulit, dentim i vetëdijes dhe/ose koma, rënja në peshë, ere e ketoneve.<sup>10</sup>

Hipertermi/hipotermi (infeksione bashkegzistuese), turgor i dobët i lekurës, membranat e thata mukozale, dhimbje abdominale difuze.<sup>11</sup>

#### SHENJAT DHE SIMPTOMAT E DKA-se


Poliuria, Polidipsia		Fryme me shije frutash
Urnim i pavullnetshem		Aceton
Dehidratimi		Frymemarrje Kussmaul
Takikardik		Ndryshimet e statusit mendor
Ortostatik		Kumbues
Dhimbjet e barkut		I dehur
Munudim ne vjellje	Koma	
Te vjella		

Fig.1.2.Shenjat dhe simptomat e diabetit<sup>12</sup>

<sup>10</sup> Noble.J, Greene.H, Levinson.W, Modest.G, Mulrow.C, Scherger.J, Young.M. Traktati i Mjekësisë së kujdesit parësor .Tiranë, 2013: 835

<sup>11</sup> Scharder.J, Hayden.S, Wolfe.R, Barkin.R, Rosen.P. Rosen dhe Barkin Konsulta mjekësore e urgjencës së pesë minutave të para. Tiranë, 2014: 676

<sup>12</sup> Burimi: <http://www.medicoshare.com/activity/diabetic-ketoacidosis-dka-a-medical-emergency>

## 2.7. Komplikimet

Sëmundshmëria dhe vdekshmëria që shoqerojnë DKA-në janë proporcionale me shkallën e gravitetit të komës dhe acetemisë në momentin e perezentimit. Pavarësisht fillimit të terapisë së duhur mund të ndodhin edhe një sërë ndërlikimesh.

**Hipotensioni dhe shoku:** hipotensioni është një komplikim i rëndësishëm i DKA-së. Ai shkaktohet zakonisht nga rënja e volumit dhe do të korrigojë me zëvendësimi të likideve.

**Tromboza:** Dehidrimi dhe përqendrimi i vëllimit intravaskular mund të aktivizoj faktorët e koagulimit në DKA. Tromboza e enëve cerebrale dhe insultët janë ndërlikime të njohura të DKA-së.

**Edema cerebrale:** Edema cerebrale subklinike mund të jetë e zakonshme në DKA por edema cerebrale klinikisht e rëndësishme është një ndërlikim i rrallë të të rriturit. Ajo ndodhë më shpesh të fëmijet.

**Insuficienca renale:** Pacientët hiperglikemikë, të cilët janë trajtuar me likide IV duhet të kenë një fluks të shpejtë urinar. Pacientët me DKA, të cilët nuk urinojnë brenda pak orësh, duhet të konsiderohen oligurikë. Nganjëherë pacientët me DKA, të precipituar nga pielonefrititi, zhvillojnë nekrozë tubulare akute. Insuficienca renale akutë, në mungesë të infeksionit, është një ndërlikim i pazakontë në DKA.

**Ketoacidoza diabetike rekurentë:** Nëse të një pacient i cili ka marrë sasinë e duhur të inuslinës, rishfaqet ketoacidoza duhet të dyshohet në praninë e një infeksioni apo një gjendjeje të rëndë kundërinsulinike (p.sh, Sindroma Cushing).<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Irwin.R, Rippe.J. Mjekësia e Kujdesit Intensiv. Tiranë, 2013: 1263



## 2.8. Diagnoza

Diagnoza veht në bazë të anamnezës ose heteroanamnezës, pasqyrës klinike dhe analizave laboratorike. Glikemia zakonishtë është mbi (20mg/dL) e këtë e përcjellë glikozuria, në të shumtën e rasteve pH e gjakut është nën 7.2.

Jo të gjithë pacientët me hiperglikemi dhe me acidozë metabolike me një boshllëk anionik kanë DKA, ndaj te këta pacientë duhet të merren në konsideratë shkaqet tjera të acidozes metabolike, veçanërisht nëse nivelet e matura të ketoneve në serum ose urinë nuk janë rritur. Shkaqet e mëposhtme të acidozës metabolike duhet të merren në konsideratë të bëhet diagnoza diferenciale e DKA-së.

Acidoza laktike është e zakonshme në DKA, ketoacidoza alkoolike mund të kontriboj në DKA, ketoza nga mosushqyeshmëria, acidoza uremike.

Kur vlerësohet DKA, diagnoza mund të përcaktohet me shpejtësi nepërmjet testeve laboratorike rutinë. Përqendrimi i glukozës dhe i ketoneve në gjak dhe ne urinë mund të perfitohet brenda pak minutave.

Hiperglikemia, acidemia dhe ketoza ne terrene të duhura klinike janë kritere të diagnozës se DKA-së.<sup>14</sup>

Përqendrimi i glukozës në gjak, prej 400 deri ne 800 mg/dL, është tipik ne DKA, por rreth 15% e rastëve me DKA mund të paraqitën me përqendrim të glukozës me të vogel se 350 mg/dL, e ashtuquajtura DKA euglicemica. Në mënyrë tipike këta janë pacientë të ri në moshe.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Kronenberg.H, Melmed.SH, Polonsky.K, Larsen.R. Traktati i Endokrinolgjisë Williams. Tiranë, 2013: 1408-1409

<sup>15</sup> Irwin.R, Rippe.J. Mjekësia e Kujdesit Intensiv. Tiranë, 2013: 1258

## 2.9. Mjekimi

Mjekimi i të semurit me ketoacidozë duhet filluar menjëherë. Mjekimi e përfshinë rehidrimin me tretje fiziologjike përmes katertit venoz së paku një litër gjatë orës së parë e kjo pastaj vazhdohet varësisht nga gjendja klinike dhe analizat laboratorike (statusi acidobazik i gjakut, elektrolitët).

Ordinohet insulina kristal disa herë në ditë I.V apo më mirë me pomp për infuzion (terapija intensive me insulinë). Bëhet korreksioni i elektolitëve e posaçërisht i hipokalimisë dhe i acidozës (bikarbonatet zakonisht jepen nesë pH e gjakut zvoglohet nën 7.1).

Gjendja e të sëmurit duhet të përcillet vazhdimisht. Shenjat vitale duhet të kontrollohen më shpeshë (çdo gjysmë ore), shiqohet gjendja e vetëdijes të pacienti, shënohet sasia e lëngjeve të marra dhe të humbura. Preferohet të vendoset katetri urinar që të mund të kontrollohet sasia e urinës. Të gjitha parametrat duhet të shënohen në listën e posaçme.<sup>16</sup>

Terapia me insulinë në DKA është esenciale, por duhet vendosur vetëm pasi është korrigjuar dehidrimi dhe deficitet elektrolitë. Infuzioni i vazhdueshëm i insulinës me dozë të vogël, pas një doze iv bolus, është metoda e preferuar. Për të rriturit rekomandohet një bolus prej 10 UI insuline me veprim të shkurtër e pasuar nga infuzioni i vazhdueshëm me dozë 5-10 UI për kg në orë. Të fëmijet, bolusi fillestar i rekomanduar është 0.1 UI për kg ndërsa ritmi i infuzionit është 0.1 UI për kg në orë. Fillimi i veprimit të insulinës me veprim të shkurtër është brenda pak minutash: dozat në formë bolusi e kanë kulmin e veprimit brenda 30min, me kohëzgjatje të veprimit 2-3 orë. Kur DKA trajtohet me injeksione të shpeshta SC, përdorimi i insulinave me veprim shumë të shkurtër mund të jetë më me avantazh për shkak të filimit të veprimit shumë të shpejtë. Kërkohej moitorim i vazhdueshëm i përqendrimit të glukozës në gjak.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Bekteshi.T Ahmetaj.H Elshani.N Hundozi.Z Krasniqi.S Haziri.A Tafarshiku.H Memaj.R Pallasku.K Krasniqi.A Baiq.R Kujdesi shëndetësor për klasen e IV të shkollave të mesme të mjekësis Prishtinë, 2000: 104

<sup>17</sup> Irwin.R, Rippe.J. Mjekësia e Kujdesit Intensiv. Tiranë, 2013: 1262

## 2.9.Trajtimi

Tabela 1. Pikat thelbësore të trajtimit të DKA-së

<i>Zëvendësimi i lëngjeve</i>	2-3 litra solucion izotonik gjat tri orëve të para, Më pas lëngjet jepen me shpejtësi 150-300 ml/orë, Të moshuarit dhe personat me sëmundje kardiake zëvendësimi i lëngjeve bëhet me më kujdes, Shtohet 5% solucion glukozë kur glikemia arrin shifren 250mg/dl, Vazhdohen lëngjet IV (duke përfshirë insulinën), deri sat ë korrigojohet acidoza dhe të tolerohen ushqimet.
<i>Administrimi i insulinës</i>	Bolus 0.1 unitë/kg peshë trupore, Infuzion i vazhdueshëm me 0.1unitë/kg/orë, Përpara se të lidhet sistemi i perfuzionit me pacientin, kalohen 30ml solucion me insulin përmes këtij sistemi, në menyrë që të faturohen paretet absorbuese te sistemit të perfuzionit, Nëse nuk vërehet përgjigja Brenda 2-4 orëve, dyfishohet shpejtësia e infuzionit, Shumica e pacientëve mund të mbahen me infuzion me - 2unite/orë me 5-7.5 gr glukozë/orë, në menyrë që të zhduket qdo ketozë mbetës, Kur rifillon ushqimi nga goja nderpritet insulin IV dhe rifillon insulin SC.
<i>Zëvendësimi i kaliumit</i>	Në fillim, nëse diureza është në vlerat normale, si udhëheqës për zëvendësimin e kaliumit mund të sherbejë ECG-ja. Shpejtësia e zëvendësimit është në vartësi të nivelit të kaliumit plazmatik, Nëse kaliumi serik është <3 meq/l, infuzioni bëhet me shpejtësi $\geq 6$ meq/kg/orë, Nëse kaliumi serik është <3-4 meq/l, infuzioni bëhet me shpejtësi 0.6 meq/kg/orë, Nëse kaliumi serik është 4-5 meq/l, infuzioni bëhet me shpejtësi 0.2-0.4 meq/kg/orë, Nëse kaliumi serik është 5-6 meq/l, infuzioni bëhet me shpejtësi 0.1-0.2 meq/kg/orë, Nëse kaliumi serik është $\geq 6$ meq/l, infuzioni bëhet me shpejtësi <6 meq/kg/orë, Kaliumi matet çdo 2 orë nëse përqendrimi plazmatik është <4 ose >6 meq/l. <sup>18</sup>

<sup>18</sup> Noble.J, Greene.H, Levinson.W, Modest.C, Mulrow.C, Scherger.J, Young.M. Traktati i Mjekësisë së Kujdesit Parësor. Tiranë, 2013: 853

## 2.11. Dieta te diabetikët dhe komplikimet e diabetit

Edhe gjatë mjekimit me terapi, dieta zë vend themelorë ne mjekimin e sëmundjes. Ushqimi duhet të përmbajë sasi të vogla të sheqerit, një sasi mesatare yndyrërash me raport të volitshëm të acideve yndyrore. Për nevoja energjetike ushqimi duhet të pasurohet me proteina, vitamina dhe minerale.

Për çdo të sëmurë dieta është individuale, përmban proteina, vaj me origjinë bimore, pemë, perime (të cilat nuk përmbajnë sheqer) dhe nevojitën sasi të mjaftueshen të vitaminave D dhe E.

Dieta patjetër duhet të jetë standarde dhe e përhershme d.m.th. përberja në sasin e materjeve ushqyese nuk duhet të ndryshojë as në përberje as në sasin e materieve ushqyese.

Ushqimi përgatitet mirë dhe patjetër duhet të jetë i zier si duhet, nuk lejohet të ferguarit (p.sh. me vaj dhe gjalpë).

Sasia e nevojshme ditorë e ushqimit duhet ndarë në 5-6 shujta brenda 24 orëve. Preferohen ushqime te pasura me vitamin (B dhe C).

Buka duhet reduktuar. Përparësi ka buka e zezë dhe ajo e thekrës.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup>Shala.M, Lenjani.B. Kujdesi shëndetesor për klasën II të shkollave të mesme të mjëksis. Prishtinë, 2001: 238-239

## 2.12. Kujdesi infermieror

### **Vlersimi infermieror**

Menjëherë sa të paraqitet pacienti në spital infermieri bënë mbledhjen e të dhënave, nëpërmjet intervistës që bëhet me të sëmurin rreth historisë së sëmundjes dhe shenjave klinike që infermieri arrinë të siguroj nga observimi fizik i pacientit.

- Sigurohet anamneza familjare.
- Vlerësohet pacienti (a duket i shqetësuar, friksuar, i lodhur).
- Pyetet pacienti për sasinë, shpeshtësinë e konsumimit të lëngjeve.
- Po ashtu duhet pyetur pacientin për sasinë dhe shpeshtësinë e urinimit.
- Vlerësohet lëkura (nëse ka ndonjë problem, nëse është e djersitur ose e ftohët, nëse është e thatë).
- Vlerësohet sistemi neurlogjik (nëse është i irrituar ose përgjumur).
- Ekzaminimi fizikal i kompletuar është esencial sepse diabeti me komplikimet e tij mund të ndikojë në të gjitha sistemet.

### **Kujdesi infermieror**

Tek të sëmuret me diabet dhe komplikimet e diabetit kujdesi kryesor qëndron në njohjen e shenjave të ndërlikimeve, duhet shtohet kujdes i veçantë për lekuren dhe mukozat, kujdesi për gojen, kujdesi për sytë, kujdesin për sistemin kardiovaskular, kujdesin për sistemin urinar, kujdesin për sistemin neurmuskular, kujdesi për sistemin gastrointerstinal si dhe observim për problemet seksuale.<sup>20</sup>

Kujdes të veçantë duhet kushtuar plagëve pasi që kemi problem në sanimin e plageve për shkak të demtimit të enëve të gjakut. Të shpeshta janë rastet tek të moshuarit ku shkaktohen plagë në gjymtyret e poshtëm që krijohen nga prerjet e thonjëve, kallot prej këpucëve etj.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> Peka.E, Neqaj.L, Rustemi.E, Bego.D, Imami-Leqaj.A, Çela.M, Dervishi.A, Zanaj.V, Mane.V. Inermieristika në specialitete. Tiranë, 2005: 156-157

<sup>21</sup> Zallari.K. Parime të Geriatrie dhe të Gerantologjisë. Tiranë, 2008: 106

## 2.13. Edukimi shendetësor

- Një pacient që vuan nga komplikimet e diabetit nuk duhet të harrojë asnjëherë mjekimet.
- Duhet të ketë kujdes që të mos harrojë vaktet pa ngrënë (edhe kur është nën kuren e rënjes në peshë).
- Nuk duhet të bëjë injeksionet e insulinës në të njëjtin vend.
- Nuk duhet ta ndërrojë llojin e insulinës pa u këshilluar me mjekun dhe personelin.
- Insulinën duhet ta bëjë edhe ne qoftëse nuk ka oreks, ndërsa ushqimin e zakonshëm në këto raste ta zëvendësoj me lëngje me sheqer si çaj, komposto etj.
- Të mos zëvendësojë asnjëherë mjekimin me insulinë me atë me tableta, pa u këshilluar me mjekun dhe personelin.
- Të pijë ujë pa nguruar sa herë që i pihet.
- Të mos hajë më shumë se dy (kokrra) fruta në ditë, nuk rekomandohet fruta si banane, fik, kurse të tjerat në një sasi tepër të vogël duke e kompensuar me ushqimin.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Peka.E, Neqaj.L, Rustemi.E, Bego.D, Imami-Leqaj.A, Çela.M, Dervishi.A, Zanaj.V, Mane.V. Infermieristika në specialitet. Tiranë,2005: 157

### **3. Qëllimi i Punimit**

Qëllimi këtij punimi është shtjellimi i diabetit mellit në përgjithësi si sëmundje, ketoacidoza si komplikim akut i diabetit, kujdesi infermieror tek këta pacientë si dhe prezentimi i një rasti me ketoacidozë diabetike.

#### **4. Metodologjia (Materialet dhe Metodot)**

Për realizimin e këtij punimi është përdorur metoda e Prezentimit të rastit. Të dhënat për prezantimin e rastit janë marrë nga Qendra Klinike Universitare e Kosovës. Me aprovim paraprak edhe nga ana e pacientit.



## 5. Rezultatet

### Studim rasti

#### Vlersimi fillestar

#### Të dhënat subjektive:

Pacienti i gjinisë mashkullore 33 vjeçar. Ankesat kanë filluar një ditë para, me vjellje, mundim, marramendje, ethe, temperature, ngërçe barku, vlera të larta të sheqerit në gjak (29 mmol/L). Sillet në QKUK me ambulance, ku ekzaminohet dhe i bëhen analizat laboratorike.

#### Të dhënat objektive:

Është hospitalizim i përsëritur në Klinikën e Endoknologjisë. Vuan nga diabeti mellit që nga viti 2011. Mohon sëmundjet e tjera gjatë jetës. Mohon për diabet mellitus dhe sëmundje me karakter hereditare në antaret e tjerë të familjes. Jeton në kushte mesatare ekonomike. Nuk konsumon duhan dhe as alkool. Mohon alergjinë në barna dhe ushqime.

#### Të dhënat tjera anamnestike:

Pacienti ishte somnolent, i paorientuar në kohë, hapsirë dhe ndaj rrethit, disponik, lehtë cianotik, anikterik, i dehidruar, lëkura dhe mukozat e dukshme të zbehta. Nyjet limfatike regjionale nuk palpoheshin. Merrte pozitë pasive në shtrat dhe lënte përshtypjen e pacientit të sëmurë rëndë. Pacienti pasi që është shtrirë në spital dhe pasi i është marrë anamneza, i bëhet ekzaminimi objektiv: **Koka:** Konfiguracion normal, **Syte:** Konjuktivat dhe skelerat normale, pupilat izokorike, reagojnë në dritë, **Veshët:** Kanalet e lira dhe pa sekret, **Hunda:** e kalueshme pa sekret, pa deformitete. **Gjuha** e thatë. **Qafa:** Cilindrike, me lëvizshmëri aktive. **Kafazi i krahërorit:** Cilindrik, simetrik në lëvizshmëri respiratore, pa deformitete, Ne auskultim nuk dëgjohet frymëmarrje e ashpërsuar. **Zemra:** Aksioni ritmik, tonet e qarta, pa zhurma përciellëse. **TA:** 90/60 mmHg. **Abdomeni:** Nën nivelin e toraksit, i ndjeshëm në palpim sipërfaqësor dhe të thellë. Melçia dhe lieni nuk palpohen të rritura. **Ekstremitetet:** pa deformitete, pa varice dhe pa edema. **SNQ:** Somnulencë, pa lateralizme.

## **Diagnoza infermierore**

Pacienti është paraqitur ne gjendje të paorientuar në kohë dhe hapsirë dhe ndaj rrethit, lehtë cianotik i dehidruar, lëkura dhe mukozat e dukshme të zbehta, ethe, temperature, vjellje, ngërrçe barku, vlera të larta të sheqerit në gjak (29 mmol/L).

## **Planifikimi infermieror**

- Bëhet aplikimi i terapisë të rekomanduar nga mjeku,
- Marrja e analizave laboratorike,
- Prciellja e shenjave vitale ( pulsi, temepratura, frymëmarrja dhe TA),
- Kumunikimi me pacientin dhe këshillimi rreth përdorimit dhe aplikimit të terapisë me kohë,
- Matja e nivelit të sheqetit në gjak menjëherë dhe më pastaj më shpesh,
- Edukimin shëndetësor për mënyren e ushqyerjes dhe dietën.

## **Ekzaminimet plotësuese**

Gjatë qëndrimit në spital pacientit i janë kryer të gjitha ekzaminimet dhe trajtimet e nevojshme. Marrja e analizave laboratorike: Se, Le, Er, Hgb, Hct, Plt, Glikemia, Kolesterolit, Trigliceridet, Urea, Kreatinina, Tibl, CK, LDH, CRP, Amilaza, Na, Ca, K. Po ashtu bëhen edhe ekzaminime plotësuese: **EKG, Rtg pulmo, USG e qafes, USG e barkut dhe EMNG**. Pacienti i jepet terapia me kohë e ordinuar nga ana e mjekut. Kujdes i veçantë i është treguar në mënyren e të ushqyerit, higjienës personale.

## **Vlerësimi përfundimtar**

Pacienti ka qëndruar 10 ditë në klinikën e endokrinologjisë, gjatë qëndrimit në klinikë pacienti është trajtuar me insulionoterapi, tretje infusive, antibiotikë dhe terapi tjetër konform gjendjes së tij. Ka ndjekur edukim 5 ditor për diabetin mellitus. I janë kryer të gjitha ekzaminimet e nevojshme dhe është lëshuar në gjendje të përmirësuar, po ashtu i është caktuar terapia që do ta përdorë .

## **Terapija**

- |                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| <b>1. Insulin Bazal</b>             | <b>S. 14+0+14</b> |
| <b>2. Novo Rapid</b>                | <b>S. 7+7+7</b>   |
| <b>3. Berlithion caps. a 600 mg</b> | <b>S. 1+0+0</b>   |
| <b>Dietë diabetike</b>              |                   |

## 6. Diskutimi

Në Nairobi gjatë një periudhe nëntë mujore, 48 pacientë kishin DKA nga 648 pacient diabetikë, të hospitalizuar në atë periudhë njëri vdiq para vlerësimit të plotë. Moshë mesatare e të prekurve nga ketoacidoza ishte 37 vite për meshkujt 18.12% dhe 29.9 vite për femra 14.3% më diapazon prej moshës 12 deri në 77 vite. Gjysma e pacientëve ishin të sapo diagnostifikuar. Më shumë se 90% kishin HbAc1 >8% dhe vetëm tre pacientë kishin HbAc1 prej 7.8-8.0%. Më shumë se 90% e kishin ndryshuar nivelin e vetëdijes, me pothuajse 75% kishin dehidrim të moderuar deri në të rëndë. Niveli i vetëdijes ishte i lidhur dukshëm me dehidrim të rëndë dhe acidoz metabolike. Mbi 65 pacient kishin leukocitozë, por shumica e tyre 55% nuk kishin infeksione të hapura. Pothuajse tridhjetë (29.8%) e subjekteve të studimit vdiqën brenda 48 orësh nga hospitalizimi.<sup>23</sup>

Në rastin tonë pacienti i takon gjinis mashkullore 33 vjeçar i cili është diagnostifikuar vite më parë me diabet mellit. Mirpo gjendja e tij ndër vite është perkeqësuar dhe është paraqitur në QKUK me shenja të ketoacidozës diabetike. Pacienti ishte i dehidruar dhe i paorientuar në kohë dhe hapësirë. Pas hospitalizimit gjendja e tij është përmirësuar dhe pacienti është lëshuar në shtëpi. Pacientit i janë dhënë këshilla për përdorimin e terapis dhe dietës ushqimore.

---

<sup>23</sup> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16619732>

## 7. Përfundimi

Rrallë ndonjë sëmundje tjetër në dukje kaq “ e butë ” krijon ndërlikime të shumta dhe të rënda sa diabeti. Depistimi i rasteve me diabet është pik kyçe për parandalimin e komplikimeve, diagnostifikimi i hershëm dhe mjekimi i tij ndihmon në masat parandaluese kundër komplikimeve. Kontrolli periodik i glukozës ulë mundësinë për komplikime të mëtutjeshme. Duke qenë të vetëdëshëm për praninë e diabetit pacientët duhet të ndryshojnë stilin e jetesës e cila është thelbësore edhe për parandalimin e dëmtimeve që kjo sëmundje mund të shkaktoj.

Propozimi i masave:

- Pacienti diabetik nuk duhet të harrojë asnjëher mjekimet.
- Nuk duhet ta ndërrojë llojin e insulinës pa u këshilluar me mjekun dhe personelin dhe nuk duhet të bëjë injeksionet e insulinës në të njëjtin vend.
- Rekomandohet që diabetikët të ushqehen shumë gjatë ditës në menyrë të rregullt dhe të shëndetshme të bazuar në një dietë.
- Rekomandohet që diabetikët të mbajnë në nivel peshën trupore të bëjë aktivitete fizike, të bëjë rregullimin e orarit të gjumit.
- Ndertimi i një plani të rregullt të ushqyerjes, për të kontrolluar kaloritë nga karbohidratet, yndyrnat dhe proteinat.
- Duhet të kufizojë sheqernat e rafinuara dhe të rrisë sasinë e fibrave në dietë. Yndyrnat duhet të jenë vajra bimor. Konsumoni kripën sa më pak të jetë e mundur, hiqni dorë nga pijet me ngjyrë.
- Nuk preferohet përdorimi i alkoolit dhe duhanit dhe mos të bëhen aktivitete fizike gjatë periudhës së ngrohtë të ditës.
- Vizita dhe konsultimi me mjekun dhe personelin për çdo ndryshim shtesë në dietë .
- Të bëhet edukimi i vazhdueshëm i të sëmurëve me diabet, familjës dhe personelit shëndetësor rreth të gjitha aspekteve të sëmundjes .

## 8. a) Rezymea

**Hyrje:** Duke pasur parasysh që diabeti është një sëmundje e cila po prek gjithnjë e më shumë njerëzimin duke mos veçuar as vendet më të zhvilluara, si një sëmundje më problematikë globale kërkon një përkushtim maksimal nga stafi mjekësor, pacientët, familja dhe nga shoqëria. Rol kyç është parandalimi dhe mjekimi me kohë pasiqë mund të vijnë deri te komplikimet e mëtutjeshme të cilat në shumicën e rasteve mund të përfundojnë edhe me fatalitet. Përmes këtij punimi mund të informoheni për diabetin në përgjithësi si sëmundje dhe për ketoacidozën diabetike si njëra prej komplikimeve akute të diabetit. Diabeti është çrregullim metabolik, që karakterizohet me rritjen e nivelit të sheqerit në gjak dhe shoqërohet me çrregullim të metabolizmit, të karbohidrateve, yndyrnave dhe proteinave. Ketoacidoza diabetike është komplikim akut i diabetit, karakterizohet me një rritje enorme të nivelit të glukozës në gjak. Në mungesë të insulinës, mëlçia prodhon trupa ketonikë.

**Qëllimi i punimit:** Qëllimi i punimit është shtjellimi i diabetit në përgjithësi si sëmundje, ketoacidoza si komplikim akut i diabetit, kujdesi infermieror te këta pacientë dhe prezantimi i një rasti me ketoacidozë diabetike.

**Metodologjia:** Në këtë punim është përdorur metoda e studimit të rastit. Të dhënat janë marrë nga Qendra Klinike Universitare e Kosovës.

**Rezultatet:** Pacienti ka qëndruar 10 ditë në qendren klinike dhe gjatë kohës së hospitalizimit i janë bërë ekzaminimet e nevojshme, i është dhënë terapia e rekomanduar nga mjeku, janë përmirësuar shenjat vitale, është stabilizuar niveli i sheqerit në gjak, i janë dhënë këshilla për mënyrën e ushqimit dhe dietës, dhe është lëshuar në shtëpi në gjendje të përmirësuar.

**Fjalët kyçe:** Diabeti Mellit, Ketoacidoza Diabetike, Glukoza, Insulina, Hiperglikemia, Hipoglikemia.

## 8. b) Summary

**Introduction:** Given that diabetes is a disease that is increasingly affecting humanity and not even the most developed countries, as a most problematic global illness requires a maximum commitment from medical staff, patients, family and society. The key role is prevention and treatment over time, as we may come to further complications that in most cases may end up with fatality. Through this work you can be informed about diabetes as a general disease and diabetic ketoacidosis as one of the acute complications of diabetes. Diabetes is a metabolic disorder that is characterized by increased blood sugar levels and is associated with metabolic disorders, carbohydrates, fats and proteins. Diabetic ketoacidosis is an acute complication of diabetes, characterized by an enormous increase in blood glucose levels. In the absence of insulin, the liver produces ketone bodies.

**Purpose of the Thesis:** The purpose of the study is to spread diabetes in general as a disease, ketoacidosis as an acute diabetic complication, nursing care of these patients and the introduction of a case with diabetic ketoacidosis.

**Methodology:** In this paper, a case study method was used. The data were obtained from the University Clinical Center of Kosovo.

**Results:** The patient has stayed 10 days in the clinic and during the hospitalization the necessary examinations have been made, the doctor's recommended therapy has been improved, vital signs have been improved, the blood sugar level has stabilized. Advices on the way food and diet are given. And it is released at home in perfect condition.

**Keywords:** Diabetes Mellit, Diabetic Ketoacidosis, Glucose, Insulin, Hyperglycemia, Hypoglycemia.

## 9. Referencat

Totozani.D, Qamirani.S. Anatomia normale e njeriut. Tiranë, 2001

Bekteshi.T, Ahmetaj.H, Elshani.N, Hundozi.Z, Krasniqi.S, Haziri.A, Tafarshiku.H, Manaj.R, Pallaska.K, Krasniqi.A, Baiq.R. Kujdesi shendetësor për klasen IV të shkollave të mesme të mjekësis. Prishtinë, 2000

Peka.E, Neqaj.L, Rustemi.E, Bego.D, Imami-Leqaj.A, Çela.M, Dervishi.A, Zanaj.V, Mane.V Infermieristika në specialitete. Tiranë, 2005

McPhee.S, Ganong.W. Fizpatologjia e sëmundjeve. Njohja me mjekësin klinike. Tiranë, 2013

Rakel.R. Traktati i Mjekësisë së Familjes. Tiranë, 2013

Irwin.R, Rippe.J. Mjekësia e kujdesit intensiv. Tiranë, 2013

Nable.J, Greene.H, Levinson.W, Modest.G, Mulrow.C, Schenger.J, Young.M. Traktari i mjekësisë së kujdesit parësor. Tiranë, 2013

Kronenberg.H, Melmed.Sh. Polonsky.K, Larsen.D. Traktati i endokrinologjisë Williams. Tiranë, 2013

Shala.M, Lenjani.B Kujdesi shendetësor për klasen II të shkollave të mesme të mjekësis. Prishtinë, 2001

Zallari.K Parimet te Geriatrie dhe Gerantologjise. Tiranë, 2008

Schneider.J, Hayden.S, Wolfe.R, Barkin.R, Rosen.P, Rosen dhe Barkin Konsulta mjekësore e urgjencë së pesë minutave të para. Tiranë, 2014

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16619732>



## **10. CV e shkurtër e kandidatit**

Valfiona Dervishaj e lindur me 16.09.1996 në Gjakovë me kombësi Shqiptare, me nenshtësi Kosovare, Jetonë në fshatin Orize të Gjakovës.

Shkollen fillorë e përfundoi në “Zef Lush Marku” Meje, në vitin 2006.

Shkollen e mesme të ulet e përfundoi në “Zef Lush Marku” Brekoc, në vitin 2011.

Shkollen e mesme të lartë e filloi në shkollen e Mesme të Mjekësis “Hysni Zajmi” Gjakovë dhe u Diplomua ne Drejtimin e Ass. Infermierisë së përgjithshme në vitin 2014.

Shkollimin universitar e filloi në Universitetin e Gjakovës, Fakultetin e Mjekësis “Fehmi Agani” ka marrë pjesë në organizimin për ditën infermiore e cila shënohet me 12 Maj dhe u diplomua në drejtimin e Infermierisë së Përgjithshem në nëntor viti 2017.

