

**UNIVERSITETI I GJAKOVËS “FEHMI AGANI”**

**FAKULTETI I MJEKËSISË**

**DEGA: INFERMIERI**



**PUNIM DIPLOME**

**TEMA: Infermiera në nivelin parësor dhe trajtimi i fëmijëve me sëmundje obstruktive respiratore**

**Mentori:**

**Prof. Ass. Ramush Bejiqi**

**Kandidatet:**

**Donika Nikollbibaj**

**Suzana Sadrija**

**Gjakovë, 2019**

## **Deklarata e autorësisë**

Ne si studente të Universitetit të Gjakovës në Fakultetin e Mjekësisë, zgjodhëm këtë punim shkencor me një përgjegjësi të madhe dhe deklarojmë se punimi është rezultat i punës tonë, konform metodave dhe stilit të shkrimit akademik lidhur me punimin e diplomës. E gjithë literatura dhe burimet tjera që i kemi shfrytëzuar gjatë punimit janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

## MIRËNJOHJE

Shprehim mirënjohje dhe falënderim për gjithë stafin e Universitetit "Fehmi Agani" ku, në saje të profesionalizmit, dhe përkushtimit të tyre, kemi arritur deri në hapin për diplomim.

Një falënderim i veçantë është për udhëheqësin tonë shkencor Prof. Ass. Ramush Bejiqin, i cila ka pranuar të jetë mentor i temës sonë të diplomës dhe është treguar i gatshëm dhe me përkushtim të plotë në hartimin e këtij studimi.

Një falënderim të posaçëm e kanë edhe familjet dhe shoqëria jonë, të cilët me mbështetjen e jashtëzakonshme na dhanë kurajë për përfundimin e këtij punimi.

Sinqerisht, faleminderit të gjithëve!

## Përmbajtja

Abstrakti.....	5
1. HYRJE.....	6
1.1 Infermeria në kujdesin parësor.....	6
1.2. Detyrat dhe përgjegjësitë e infermierëve në kujdesin parësor .....	7
1.3. Në çfarë mjedisesh punojnë infermierët e kujdesit shëndetësor parësor?.....	8
1.4. Cilat janë rolet e infermierit në kujdesit shëndetësor parësor?.....	8
1.5. Vlerësimi i shëndetit të fëmijëve në nivelin parësor.....	8
2. Sëmundja pulmonare kronike obstruktive pediatrike (SPOK).....	9
2.1 Bronkitet.....	11
2.2 Emfizema.....	14
2.3. Astma.....	16
2.4. Bronchiolitis.....	20
3. Roli i kujdesit infermieror të fëmijëve me sëmundje pulmonare obstruktive.....	22
3.1 Vlerësimi infermieror .....	22
3.2. Diagnoza infermierore.....	22
3.3. Planifikimi .....	23
3.4.Ndërhyrjet dhe planifikimi infermieror .....	23
3.5. Dokumentimi .....	24
3.6. Evaulimi dhe rezultatet e pritura vlerësojmë gjendjen përfundimtare të pacientit.....	25
4. Qëllimi.....	25
5. Materiali dhe Metodologjia.....	25
6. Rezultatet.....	26
7. Diskutimi .....	28
8. Përfundimi.....	29
9. Konkluzione dhe rekomandime.....	30
10. Referencat.....	31

## **Abstrakti**

Në këtë punim janë trajtuar çështjet mbi konceptet e sëmundjeve pulmonare obstruktive, etiologjinë e këtyre sëmundjeve, shfaqjen e problemeve obstruktive te fëmijët në periudha të ndryshme të moshës, roli dhe planifikimi infermieror te fëmijët me sëmundje pulmonare dhe menaxhimi i rasteve klinike te fëmijët.

Pikësynimi i këtij studimi është paraqitja e incidencës së sëmundjeve pulmonare obstruktive te fëmijët në ambulancën specialistike pediatrike në Spitalin Rajonal "Isa Grezda" në Gjakovë, për vitin 2016. Te pacientët e ndryshëm është bërë analiza e sëmundshmërisë, në bazë të numrit të përgjithshëm të fëmijëve me sëmundje obstruktive pulmonare (SOP), gjinisë, grup moshave më të prekura, vendbanimit, presences së faktorëve të rrezikut dhe analiza si po ndryshon shfaqja e sëmundjes nëpër vite. Për të verifikuar dhe përshkruar ngjarjet kryesore që lidhen me diagnozën dhe menaxhimin e sëmundjeve pulmonare obstruktive kronike te fëmijët (SPOF) dhe adoleshentët, duke marrë parasysh karakteristikat fiziologjike, gjenetike dhe mjedisore të ndërlydhura.

Në ambulancën specialistike pediatrike të Spitalit Rajonal "Isa Grezda" në Gjakovë janë analizuar 117 raste me sëmundje pulmonare obstruktive ku 60 raste kanë qenë me bronkiolit (51.28%) , 51 raste me bronkit akut dhe kronik (43.59%) dhe 4 raste me astme (5.13%). Në bazë të dhënave është vërejtur se grupmoshat më të prekura janë ato me 2-4 vjet me 32 raste kurse në bazë të vendbanimit më shumë kemi raste nga qyteti me 54.7%.

**Fjalët kyçe:** sëmundjet pulmonare obstruktive kronike, bronkoliti, bronkiti, astma.

## 1. Hyrje

Kujdesi shëndetësor primar konsiderohet të jetë niveli i parë i kujdesit mjekësor. Ai i referohet kujdesit që pacientët marrin për sëmundje dhe lëndime të vogla, si dhe për procedura mjekësore parandaluese. Shpesh, pacientët do të përdorin shërbimet e mjekëve dhe infermierëve të njëjtë për çështjet e tyre shëndetësore primare. Këta profesionistë mjekësorë quhen mjekë të kujdesit parësor dhe infermierë të kujdesit parësor. Infermierët e kujdesit parësor shëndetësor miratojnë përkufizimin e shëndetit ku thuhet se shëndeti është një gjendje e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe sociale dhe jo thjesht mungesa e sëmundjes ose dobësisë.

Infermiera në nivelin parësor është një sistem i shpërndarjes së kujdesit infermieror, i cili thekson vazhdimësinë e kujdesit dhe pranimin të përgjegjësisë duke patur një infermier të regjistruar, shpesh të bashkuar me një infermiere me praktik të licencuar dhe ose ndihmës infermieror, të cilët së bashku sigurojnë kujdes të plotë për një grup pacientësh gjatë qëndrimit të tyre në njësinë ose departamentin e spitalit. Për kohëzgjatjen e kujdesit të pacientit, infermierja primare pranon përgjegjësinë për administrimin dhe koordinimin e të gjitha aspekteve të kujdesit infermieror të pacientit.

Një infermiere e kujdesit parësor është një profesioniste infermiere që punon në një mjedis parësor të kujdesit shëndetësor. Infermierët e kujdesit primar duhet të jenë të kualifikuar në një shumëllojshmëri të procedurave të përditshme themelore të infermierisë. Si një infermiere e kujdesit parësor, mund të hasni në shumë probleme mjekësore. Këto janë zakonisht sëmundje të vogla, të tilla si ftohjet dhe reaksionet alergjike. Megjithatë, ju gjithashtu mund të zgjidhni të specializoni në disa degë të mjekësisë si një infermiere e kujdesit parësor, i cili do t'ju lejojë të trajtoni sëmundje specifike.

Marie Manthey, një nga krijuesit e këtij sistemi të kujdesit dhe autori i Praktikës së Infermierisë së kujdesit parësor (2002), pohon se një sistem pleqsh mund të përmirësojë dhe lehtësojë vlerat profesionale ose burokratike pasi që përqëndrohet në kujdesin për njerëzit ose duke u kujdesur për nevojat e një organizate. Nga praktika e infermierisë "Infermiera e kujdesit parësor është një sistem shpërndarës për infermierinë që lehtëson praktikën profesionale të infermierisë pavarësisht nga natyra burokratike e spitaleve. Një sistem i shpërndarjes është një grup parimesh organizimi që përdoren për të ofruar një produkt ose shërbim dhe përgjithësisht përbëhen nga katër elemente: vendimmarrja, alokimi i punës, komunikimi dhe menaxhimi.

### 1.1 Infermiera në kujdesin parësor

Pacientët që do të kenë kontakt me infermierën e kujdesit parësor do të ndryshojnë gjithashtu varësisht nga specialiteti juaj. Për shembull, infermierët e kujdesit parësor që specializohen në mjekësinë e përgjithshme familjare do të shohin pacientë të të gjitha moshave. Infermierët e kujdesit parësor pediatrik, nga ana tjetër, trajtojnë vetëm fëmijët, ndërsa infermieret e kujdesit parësor që specializohen në geriatri trajtojnë vetëm pacientët e moshuar. Të punosh si një infermiere e kujdesit parësor mund të jetë disi më pak stresues sesa në një nivel tjetër të

profesionistëve të infermierisë. Për shembull, rrallë do të duhet të merren me emergjenca dhe zakonisht do të keni një orar shumë të parashikueshëm me "orët e punës" të përcaktuara.. Për të qenë një infermiere e mirë e kujdesit parësor, duhet të keni aftësi të shkëlqyera komunikimi dhe të organizoni shumë mirë infermierët e kujdesit parësor. Shpesh këto janë profesionistët e parë mjekësor që shumica e pacientëve vijnë në kontakt, madje edhe para emërimeve të tyre të planifikuara. Për shembull, këta infermierë mund të jenë përgjegjës për pajisjen e telefonave në zyrat e të kujdesit shëndetësor, të cilat shpesh do të sjellin caktimin e takimeve, regjistrimin e disa informacioneve të pacientit dhe adresimin e shqetësimeve.

Kur pacientët të mbërrijnë së pari në një institucion të kujdesit shëndetësor, zakonisht infermierët e kujdesit parësor janë përgjegjës për dhënien e një përshëndetjeje miqësore dhe kontrollimin e tyre. Gjatë kësaj kohe do të bëhet identifikimi i pacientit, si dhe do të mbledhin informata për sigurime mjekësore dhe çdo obligime tjera shtesë që duhet të inetervenohet tek pacientët.

## **1.2 Detyrat dhe përgjegjësitë e infermierëve në kujdesin parësor**

Infermierët e kujdesit parësor janë gjithashtu shpesh përgjegjës për kryerjen e ekzaminimit fillestar fizik të pacientit, para se mjekët të shohin pacientët. Kjo përfshin matjen dhe regjistrimin e të dhënave si lartësia, pesha dhe shenjat vitale. Një infermiere e kujdesit parësor gjithashtu, do të dëgjojë dhe regjistrojë çdo simptomë të sëmundjes ose lëndimit. Nëse është e nevojshme, një infermiere e kujdesit parësor do të mbledhë mostra, të tilla si mukus ose mostra të gjakut, të cilat mund të studiohen më vonë në një laborator për të ndihmuar në diagnostikimin e sëmundjeve dhe infeksioneve. Si një infermiere e kujdesit parësor, shpesh do të jeni përgjegjës për shumicën e kujdesit të drejtpërdrejtë të pacientit, siç është trajtimi i një pacienti pas një diagnostikimi. Në varësi të sëmundjes ose lëndimit, kjo mund të përfshijë administrimin e barnave ose hospitalizimin.

Procedurat mjekësore parandaluese janë gjithashtu një pjesë e rëndësishme e punës së infermierëve të kujdesit parësor. Për shembull, këta infermierë janë përgjegjës për kryerjen e kontrolleve të rregullta. Ata gjithashtu mund të ndihmojnë apo aplikojnë administrimin e vaksinimeve dhe ndihmojnë gjatë shfaqjeve shëndetësore. Ata riafirmojnë shëndetin si të drejtë njerëzore dhe shohin zhvillimin ekonomik dhe social si parakusht për arritjen e shëndetit për të gjithë.

Ata e shohin promovimin dhe mbrojtjen e shëndetit, duke përfshirë zvogëlimin e përjashtimit social dhe pabarazive në shëndetësi, duke pasur efekte pozitive në zhvillimin ekonomik dhe shoqëror dhe në paqen botërore. Infermierët e kujdesit shëndetësor primar shohin pjesëmarrjen e njerëzve si grup ose individualisht në planifikimin dhe zbatimin e kujdesit shëndetësor si një

e drejtë dhe detyrë e njeriut. Infermierët e kujdesit shëndetësor primar e pranojnë dinjitetin, kulturën, vlerat, bindjet dhe të drejtat e individëve/grupeve.<sup>1</sup>

### **1.3. Në çfarë mjedisesh punojnë infermierët e kujdesit shëndetësor parësor?**

Infermierët e kujdesit shëndetësor primar punojnë në mjedise të ndryshme ku, secili prej tyre përmban karakteristikat që ato janë pjesë e nivelit të parë të kontaktit me sistemin shëndetësor. Cilësimet e komunitetit përfshirë shërbimet shëndetësore të kontrolluara nga komuniteti, sektori i shëndetit të komunitetit dhe rolet brenda mjedisëve të shërbimit social. Rregullimet e vendbanimit në shtëpi, duke përfshirë kujdesin për të moshuarit, vendosjet e paraburgimit, shtëpitë e konviktit dhe kontakti me personat e pastrehë. Cilësimet e arsimit, duke përfshirë shkollat parashkollore, fillore dhe të mesme, mjediset e arsimit profesional dhe terciar, janë mjedise ku infermierët e kujdesit parësor zhvillojnë aktivitetet e tyre në lidhje me kujdesin shëndetësorë. Cilësime informale dhe të pa strukturuar dhe të gjitha ato janë të lidhura në jetën e përditshme, si mjediset sportive dhe grupet e komunitetit.

### **1.4. Cilat janë rolet e infermierit në kujdesit shëndetësor parësor?**

Një model i rolit të infermieres është se puna e saj mund të mbulojë:

- Promovimin e shëndetit,
- Parandalimin e sëmundjeve,
- Infermierinë e fëmijëve dhe të familjes,
- Trajtimin dhe kujdesin e të sëmurëve,
- Rehabilitimi dhe lehtësimi i pengesave shëndetësore,
- Zhvillimi i komunitetit,
- Popullsia dhe shëndeti public,
- Edukimi dhe hulumtimi,
- Zhvillimi i politikave dhe avokimi.

### **1.5. Vlerësimi i shëndetit të fëmijëve në nivelin parësor**

Një vlerësim shëndetësor u ofrohet të gjithë fëmijëve në vitin e parë të shkollës fillore. Ju kërkohet të jepni informacion rreth historisë së shëndetit të fëmijës tuaj dhe çdo shqetësim që mund të keni për shëndetin e fëmijës tuaj.

Kujdesi parësor do të ofrojë informata të rëndësishme rreth shëndetit të fëmijës tuaj në mënyrë që infermierja të mund të bëjë një vlerësim efektiv shëndetësor. Nëse fëmija juaj ka nevojë për

---

<sup>1</sup> Niewoehner, D. E., Erbland, M. L., Deupree, R. H., Collins, D., Gross, N. J., Light, R. W., ... & Morgan, N. A. (1999). Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine*, 340(25), 1941-1947.



një vlerësim të shkurtër të mëtejshëm, si një vizion ose një testim dëgjimi, infermierja do ta shohë atë në shkollë. Nëse infermierja ka shqetësime në lidhje me shëndetin e fëmijës tuaj pas vlerësimit të fëmijës, infermierja mund t'ju kontaktojë ose sugjerojë që fëmija të vlerësohet ose trajtohet nga një profesionist ose agjensi tjetër shëndetësore. Një raport pastaj do t'ju dërgohet, duke përshkruar rezultatin e vlerësimit të fëmijës suaj.

Ky informacion është i rëndësishëm në sigurimin e mbështetjes për fëmijën tuaj. Kjo ka vlerë dhe të ndihmon kur:

- Infermierja kupton çdo shqetësim që mund të keni për shëndetin e fëmijës suaj,
- Në shkollë kupton se si shëndeti i fëmijës tuaj mund të ndikojë në të mësuarin e tij.
- Identifikon nevojat shëndetësore të fëmijës tuaj.
- Menaxhimi, planifikimi, përmirësimi dhe vlerësimi i ofrimit të shërbimeve shëndetësore dhe arsimore të shkollave.

## **2. Sëmundjet pulmonare kronike obstruktive pediatrike (SPOK)**

Sëmundjet pulmonare obstruktive kronike janë inflamacione kronike të rrugëve të frymëmarrjes dhe parenkimës mushkërore. Inflamimi shkakton obstrukcionin e rrugëve të frymëmarrjes dhe kufizimin e kalimit të ajrit nëpër to. Sëmundja është zakonisht progresive dhe nuk është reversibile (e kthyeshme) në terapi.

Çrregullimet obstruktive pulmonare janë: bronkioliti, bronkiti akut dhe kronik, emfizema, astma, bronhektazite. SPOK kanë mes vete karakteristika të dallueshme patoanatomike dhe klinike.

**Anatomia funksionale e sistemit respirator** - Organet e sistemit respirator janë: hunda, kaviteti i hundës, faringu, laringu, trakeja, bronket me degëzimet e tyre dhe mushkëritë që përmbajnë qeset e ajrit ose alveolat.

Sistemi respirator ndahet në dy zona funksionale:

- Zona respiratore ose zona e frymëshkëmbimit, e cila përbëhet nga bronkiolat respiratore, duktuset alveolare dhe alveolat (të gjitha janë struktura mikroskopike).
- Zona përcjellëse - përfshinë të gjitha rrugët e tjera respiratore përmes të cilave ajri arrin në mushkëri.

**Etiologjia e sëmundjeve obstruktive respiratore.** Mbi 11 milion amerikanë janë diagnostikuar me SPOK sipas Shoqatës Amerikane të Mushkërive. Një tjetër e dhënë statistikore tregon se 15 deri në 24 milionë banorë të SHBA kanë shenja klinike për manifestimin e sëmundjes obstruktive pulmonare. Nga kjo del se sëmundja pulmonare obstruktive kronike (SPOK) është një problem global dhe shkaktari kryesor i sëmundshmërisë

dhe vdekshmërisë kronike (iniciativa globale për sëmundjen e mushkërive kronike obstruktive, GOLD 2016).

Në Suedi, afërsisht 500,000 njerëz vuajnë nga SPOK dhe mbi 2,000 vdesin çdo vit për shkak të sëmundjes obstruktive pulmonare (Organizata Suedeze e Mushkërive 2017). Shkaku kryesor i SPOK është pirja e duhanit. Faktorët tjerë të rrezikut janë trashëgimia, ekspozimi në punë dhe statusi socio-ekonomik. Fillimisht, pacientët mund të kenë simptoma jo karakteristike kurse sëmundja e plotë do të zhvillohet më vonë duke çuar gjendjen e njeriut në çrregullime shëndetësore. Simptomat e hershme janë episoda të zgjatura dhe të përsëritura të kollitjes, me ose pa mukus dhe wheezing në gjoks. Disa organe mund të preken varësisht nga shkalla e sëmundjes. Ndërprerja e duhanit është masa e parë dhe më e rëndësishme dhe çon në një mbijetesë të zgjatur së bashku me zvogëlimin e simptomave klinike. Aktiviteti fizik zvogëlon problemet me disponimin dhe rrit cilësinë e jetës (SBU 2000).

Sëmundjet pulmonare obstruktive kronike shkaktojnë vështirësi në frymëmarrje për shkak të dëmtimit afatgjatë që dobëson ose bie kapaciteti i ajrit midis mushkërive. SPOK ndodh kur dëmtimi afatgjatë ndaj mushkërive e bën të vështirë marrjen e frymëmarrjes. Kjo ndodh sepse muret midis qeseve të ajrit të mushkërive bëhen të dobëta dhe mund të dëmtohen. Kjo është më e zakonshme tek të rriturit që janë duhanpirës të tanishëm ose të mëparshëm. Zakonisht, kur një fëmijë ka vështirësi në frymëmarrje, kollë kronike ose wheezing, kjo është për shkak të astmës, infeksionit kronik të mushkërive ose fibrozës cistike. Këto simptoma mund të jenë edhe për shkak të ekspozimit ndaj tymit të duhanit, ndotjes së ajrit ose irituesve të tjerë.

Simptomat e SPOK përfshijnë:

- Kollë kronike,
- Infeksione të shpeshta të mushkërive,
- Pauza në frymëmarrje,
- Ethje,

**Manifestimet klinike** SPOK karakterizohet me ecuri kronike dhe progresive të sëmundjes, pa simptoma ose me simptoma të lehta dhe me përkeqësim (ekzacerbim). Kolla është simptoma e parë e sëmundjes që në fillim është e kohëpaskohshme e më vonë bëhet e përditshme dhe produktive. Në disa të sëmurë lajmërohet dispnea që është simptoma kryesore për shkak të cilës të sëmurët kërkojnë ndihmën mjekësorë. Wheezingu dhe shtypja në gjoks janë simptoma jo specifike kurse mungesa e tyre nuk e përjashton diagnozën.

**Shkaqet e sëmundjes kronike obstruktive pulmonare (SPOK) pediatrike-** Fëmija juaj është më shumë në rrezik për zhvillimin e SPOK-it më vonë nëse ata janë të ekspozuar ndaj

tymit të cigareve, ose konsumojnë duhan vetë. Ka disa hulumtime që tregojnë se fëmijët me astmë ose probleme të tjera të mushkërive mund të jenë në rrezik në rritje të lajmrimit të SPOK-së më vonë.

**Mjekimi.** Plani i mjekimit dhe preventimit të SPOK-it përfshinë katër komponentë:

- vlerësimin dhe evoluimin e sëmundjes,
- zvogëlimin e faktorëve të rrezikut,
- mjekimin e SPOK-it stabil dhe
- mjekimin e ekzacerbimit.

## 2.1 Bronkiti

Bronkiti është një infeksion i rrugëve kryesore të frymëmarrjes të mushkërive, duke i bërë ata të bëhen të acaruar dhe të inflamuar. Degëzimi i bronkes në secilën anë të valvulës suaj (trake). Ata çojnë në rrugët e frymëmarrjes më të vogla dhe më të vogla brenda mushkërive, të njohura si bronkiolo. Muret e bronkeve prodhojnë mukus për të kapur pluhurin dhe grimcat e tjera që mund të shkaktojnë acarim.

Shumica e rasteve të bronkitit zhvillohen kur një infeksion irriton dhe inflamon bronket, duke i bërë ato të prodhojnë më shumë mukus se zakonisht. Trupi juaj përpiqet të zhvendosë këtë mukus shtesë përmes kollitjes.

Bronkit mund të përshkruhet si:

- **Bronkit akut** - inflamacion i përkohshëm i rrugëve të frymëmarrjes, duke shkaktuar një kollë dhe prodhim të mukusit, që zgjat deri në tri javë. Bronkit akut mund të prekë njerëzit e të gjitha moshave, por më së shumti prek fëmijët nën moshën pesë vjeç. Është më i zakonshëm në dimër dhe shpesh zhvillohet pas një ftohje të zakonshme, dhimbje të fytit ose gripit
- **Bronkit kronik** - një kollë e përditshme produktive që zgjat tre muaj të vitit dhe për të paktën dy vjet rresht. Bronkiti kronik duke përfshirë edhe emfizemën, të cilat njihen kolektivisht si sëmundje pulmonare obstruktive kronike (SPOK), ndikojnë kryesisht tek të rriturit mbi 40 vjeç.

Është e rëndësishme që të ndaloni pirjen e duhanit nëse pini duhan dhe keni bronkitje. Tymi i cigareve dhe kimikatet në cigare e përkeqësojnë bronkitin dhe rrisin rrezikun e zhvillimit të bronkitit kronik dhe SPOK.

## Simptomat e bronkitit

Simptoma kryesore e bronkitit akut është një kollë i zgjatur, e percjellje me mukozë të verdhë-gri ose të gjelbër (gëlbasë). Simptoma të tjera janë të ngjashme me ato të ftohjes së zakonshme ose sinusit dhe mund të përfshijnë:

- dhimbje të fytit,
- dhimbje koke,
- i lëngshëm ose i bllokuar,
- lodhje.

Disa njerëz mund të përjetojnë mungesë frymëmarrjeje ose ngrirje, për shkak të rrugëve të frymëmarrjes të inflamuar. Megjithatë, kjo është më e zakonshme me bronkitin afatgjatë (kronik).

Shumica e rasteve të bronkitit akut mund të trajtohen lehtësisht në shtëpi me pushim, medikamente anti-inflamatore, jo-steroidë dhe shumë lëngje.

Ju duhet të vizitoni mjekun tuaj nëse simptomat tuaja janë të rënda ose të pazakonshme, për shembull nëse:

- Kollitja juaj është e rëndë ose zgjat më shumë se tri javë,
- Ju keni një ethe të vazhdueshme prej 38C (100.4F) ose më lart, për më shumë se tre ditë - kjo mund të jetë një shenjë e gripit ose një gjendje më serioze, siç është pneumonia,
- Ju kolliteni mukozën e mbushur me gjak,
- Ju keni një gjendje të zemrës ose të mushkërive, si astma, dështimi i zemrës ose emfizema,
- Ju frymoni shpejt (më shumë se 30 frymëmarrje në minutë) ose kemi dhimbje gjoksi,
- Ju bëheni të përgjumur ose të hutuar,
- Ju keni pasur episode të përsëritura të bronkitit.

Mjeku juaj mund të ketë nevojë të përjashtojë infeksione të tjera të mushkërive, siç është pneumonia, e cila ka simptoma të ngjashme me ato të bronkitit. Nëse GP mendon se mund të keni pneumoni, ndoshta do të keni nevojë për një rreze X të toraksit, dhe një mostër e mukusit mund të merret për testim.

Nëse mjeku juaj mendon se mund të keni një kusht themelor, ato gjithashtu mund të sugjerojnë që të keni një test të funksionit të mushkërive. Do t'iu kërkohet të merrni frymë thellë dhe të fryni në një pajisje të quajtur spirometër që mat vëllimin e ajrit në mushkëritë tuaja. Zvogëlimi i kapacitetit të mushkërive mund të tregojë një problem themelor shëndetësor.

## **Shkaqet e bronkitit**

Bronkit mund të shkaktohet nga një virus ose nga bakteret, edhe pse bronkiti viral është shumë më i zakonshëm. Në shumicën e rasteve, bronkiti shkaktohet nga të njëjtat viruse që shkaktojnë ftohjen e zakonshme ose gripin. Virusi gjendet në miliona pika të vogla që dalin nga hunda dhe goja kur dikush kollitet ose teshtin. Këto pika përhapen në mënyrë tipike rreth 1m. Ata varen pezull në ajër për një kohë, pastaj futen në sipërfaqe ku virusi mund të mbijetojë deri në 24 orë. Çdokush që prek këto sipërfaqe mund ta përhapë virusin duke prekur diçka tjetër.

## **Frymëmarrja në substanca irrituese**

Bronkiti mund të shkaktohet edhe nga frymëmarrja në substanca irrituese, të tilla si mjegulla, kimikatet në produktet shtëpiake ose tymi i duhanit.

Pirja e duhanit është shkaku kryesor i bronkitit kronik dhe mund të prekë njerëzit që thithin tym të dorës së dytë, si dhe ata që pijnë duhan. Njerëzit me bronkit kronik shpesh zhvillojnë një sëmundje të mushkërive të lidhur me pirjen e duhanit të quajtur emfizema, ku thasët e ajrit brenda mushkërive dëmtohen duke shkaktuar gulçim. Ndalimi i pirjes së duhanit gjatë kohës që keni bronkit mund të jetë gjithashtu një mundësi e përkryer për t'a lënë krejtësisht.<sup>2</sup>

## **Ekspozimi në punë**

Ju gjithashtu mund të jeni në rrezik për të zhvilluar bronkit kronik dhe lloje të tjera të sëmundjes pulmonare obstruktive kronike (SPOK) nëse jeni shpesh i ekspozuar ndaj materialeve që mund të dëmtojnë mushkëritë tuaja, si:

- pluhur kokërr,
- tekstile (fibra pëlhure),
- amoniak,
- acide të forta,
- klor,

Kjo nganjëherë njihet si "bronkiti profesional" dhe zakonisht lehtësohet kur nuk jeni më të ekspozuar ndaj substancës irrituese.

## **Trajtimi i bronkitit**

Në shumicën e rasteve, bronkiti akut do të pastrohet vetë brenda pak javësh pa nevojën për trajtim. Ndërkohë, duhet të pini shumë lëngje dhe të merrni shumë pushim. Në disa raste, simptomat e bronkitit mund të zgjasin shumë më gjatë. Nëse simptomat zgjasin për të paktën

---

<sup>2</sup> Singh, S., Loke, Y. K., & Furberg, C. D. (2008). Inhaled anticholinergics and risk of major adverse cardiovascular events in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 300(12), 1439-1450.

tre muaj, dihet si "bronkit kronik". Nuk ka shërim për bronkit kronik, por disa ndryshime të stilit të jetesës mund të ndihmojnë në lehtësimin e simptomave tuaja, siç janë:

- Të hahet një dietë e shëndetshme mund të ndihmojë në parandalimin e infeksioneve në mushkëri,
- Stërvitje të rregullt të moderuar plus një dietë të shëndetshme do t'iu ndihmojë të mbani një peshë të shëndetshme - mbipesha e bën frymëmarrjen më të vështirë,
- Duke shmangur pirjen e duhanit dhe mjediset e tymosura.

Ka disa ilaçe për lehtësimin e simptomave. Bronkodilatorët dhe steroidët i "hapur" i ajrit dhe mund të përshkruhen si tableta. Ilaçet mucolitike hollojnë mukozën në mushkëri duke e bërë më të lehtë të kollitet.

### **Menaxhimi i simptomave në shtëpi**

Nëse keni bronkitje akute:

- Bëni një pauzë më të gjatë të pushimit,
- Pini shumë lëngje - kjo ndihmon në parandalimin e dehidrimit dhe thith mukusin në mushkëritë tuaja, duke e bërë më të lehtë kollitjen.
- Trajtoni dhimbje koke, ethe me paracetamol ose ibuprofen - megjithëse ibuprofen nuk rekomandohet nëse keni astmë.

Antibiotikët nuk janë të përshkruara në mënyrë rutinore për bronkit sepse normalisht është shkaktuar nga një virus. Antibiotikët nuk kanë efekt mbi viruset, dhe duke i përshkruar ato kur ato janë të panevojshme mund të çojnë në kalimin e kohës, që bakteret të jenë më rezistent ndaj trajtimit antibiotik.

Mjeku juaj do të përshkruajë vetëm antibiotikët nëse keni një rrezik në rritje të zhvillimit të komplikimeve, siç është pneumonia. Antibiotikët gjithashtu mund të rekomandohen për:

- foshnjat e parakohshme,
- të moshuar mbi moshën 80 vjeçare,
- njerëzit me një histori të sëmundjes së zemrës, mushkërive, veshkave ose mëlçisë,
- njerëzit me një sistem imunitar të dobësuar, të cilat mund të jenë rezultat i një gjendjeje themelore ose një efekti anësor i një trajtimi të tillë si medikamentet steroidike,
- njerëzit me fibrozë cistike.

## **2.2 Emfizema**

Pirja e duhanit është një nga çelësat kryesorë të emfizemës në ata që janë të predispozuar gjenetikisht ndaj gjendjes. Emfizema është një lloj sëmundje kronike obstruktive pulmonare (SPOK). Ajo përfshin humbjen e elasticitetit dhe zgjerimin e qeseve të ajrit në mushkëri. Alveolet në fund të bronkeve të mushkërive zgjerohen për shkak se muret e tyre shkatërrohen

ose janë shkatërruar dhe ngushtuar . Duke pasur dëmtim më të madh do të thotë se ka një sipërfaqe të reduktuar për shkëmbimin e oksigjenit në gjak dhe dioksid karboni nga ajo. Aftësia për të marrë frymë nuk mund të mbulohet plotësisht.

**Etiologjia:** Në Shtetet e Bashkuara (SHBA), 3.5 milion njerëz, ose 1.5 përqind e popullsisë, kanë marrë një diagnozë të emfizemës në vitin 2016. Numri i vdekjeve që përfshijnë emfizemë ishte 7.455, ose 2.3 persona në çdo 100.000 persona.

**Simptomat:** Dy nga simptomat kryesore të emfizemës janë gulçimi dhe kollë kronike. Këto shfaqen në fazat e hershme. Një person me gulçim, ose dyspnea, ndihet i paaftë për të marrë frymë. Kjo mund të fillojë vetëm gjatë tendosjes fizike, por ndërsa sëmundja përparon, kjo mund të fillojë të ndodh edhe gjatë pushimit. Emfizema dhe SPOK zhvillohen gjatë një numri të madh vitesh.

Në fazat e mëvonshme, personi mund të ketë:

- Emfizema kollë kronike,
- Një kollë kronike është një nga shenjat e hershme të emfizemës, së bashku me gulçim,
- Infeksione të shpeshta në mushkëri,
- Wheezing dhe mukus,
- Ulje e oreksit, lodhje dhe humbje peshe,
- Buzët me ngjyrë blu ose cianozë për shkak të mungesës së oksigjenit,
- Ankthi dhe depresioni,
- Problemet e gjumit,
- Dhimbje koke në mëngjes për shkak të mungesës së oksigjenit, kur frymëmarrja gjatë natës është e vështirë.

Kushte të tjera ndajnë shumë nga simptomat e emfizemës dhe SPOK, prandaj është e rëndësishme të kërkon këshilla mjekësore.

Trajtimi i SOP dhe emfizemës synon të stabilizojë gjendjen dhe të parandalojë komplikimet nëpërmjet përdorimit të ilaçeve dhe terapisë mbështetëse. Terapia mbështetëse përfshin terapinë e oksigjenit dhe ndihmon në ndërprerjen e pirjes së duhanit.

**Terapitë e medikamenteve:** Lloji kryesor i medikamenteve të përdorura për SPOK dhe emfizemës janë përdorur bronkodilatatorë për të lehtësuar simptomat. Këto ndihmojnë duke zbutur dhe duke hapur rrugët e ajrit në mushkëri. Bronkodilatatorët që furnizohen përmes inhalatorëve përfshijnë beta-agonistë, të cilët relaksojnë muskujt e lëmuar bronkialë dhe rrisin pastrimin e rrugëve të frymëmarrjes të cilët lehtësojnë muskujt e lëmuar bronkial. Këto barna janë po aq efektive kur përdoren rregullisht për të përmirësuar funksionin e mushkërive dhe për të rritur kapacitetin e tyre.

Ka medikamente me veprim të shkurtër dhe me veprim të gjatë, dhe këto mund të kombinohen. Zgjedhja varet nga faktorët individualë, preferencat dhe simptomat. Shembujt përfshijnë

albuterol, formoterol, indakaterol dhe salmeterol. Medikamentet kortikosteroide, si flutikasoni, mund të ndihmojë gjithashtu. Steroidët mund të ndihmojnë në zbutjen e simptomave të emfizemës që shoqërohen me astmën dhe bronkitin. Kortikosteroidet mund të ndihmojnë njerëzit me simptoma të kontrolluara dobët të cilët rregullisht përjetojnë përkeqësime pavarësisht nga përdorimi i një bronkodilatori. Në pacientët që vazhdojnë të pijnë duhan, kortikosteroidet nuk ndryshojnë rrjedhën e sëmundjes, por ato mund të lehtësojnë simptomat dhe përmirësojnë funksionin afatshkurtër të mushkërive në disa pacientë. Përdorur së bashku me bronkodilatatorët, ato mund të zvogëlojnë frekuencën e sulmeve. Megjithatë, ka një rrezik afatgjatë të efekteve anësore që përfshijnë osteoporozën dhe formimin e kataraktit.

**Terapia e oksigjenit** mund ta përmirësojë shumë cilësinë e jetës për ata me emfizemë. Ndërsa emfizema përparon dhe funksionet respiratore bien, fryma e pavarur bëhet më e vështirë. Terapia e oksigjenit përmirëson dërgimin e oksigjenit në mushkëri. Oksigjeni mund të plotësohet duke përdorur një sërë të pajisjeve, disa prej tyre për përdorim në shtëpi. Opsionet përfshijnë koncentratorët e oksigjenit të drejtuar nga elektriciteti, sistemet e lëngjeve të oksigjenit ose cilindra të gazit të ngjeshur, në varësi të nevojave dhe sa kohë shpenzon personi jashtë apo në shtëpi. Terapia e oksigjenit mund të administrohet 24 orë në ditë ose 12 orë gjatë natës. Ajo zgjat jetën për njerëzit me SPOK të avancuar dhe emfizemë. Pacientët do të monitorohen për ngopjen e oksigjenit për të parandaluar toksicitetin e oksigjenit. Udhëtimi ajror mund të krijojë nevojën për oksigjen plotësues për shkak të presionit të ulët të ajrit të kabinës së fluturimit.

**Kirurgji:** Njerëzit me emfizemë të rëndë ndonjëherë i nënshtrohen një operacioni për të zvogëluar vëllimin e mushkërive ose për të kryer një transplantim të mushkërive. Kirurgjia e zvogëlimit të volumit të mushkërisë heq mukozën e indit të dëmtuar, emfizematik, të mushkërive. Kjo mendohet të rrisë zhurmën e mushkërive dhe të përmirësojë funksionin e diafragmës. Në raste të rënda, kjo mund të përmirësojë funksionin e mushkërive, tolerancën e ushtrimit dhe cilësinë e jetës. Transplantimi i mushkërive përmirëson cilësinë e jetës, por jo jetëgjatësinë, për njerëzit me emfizemë të rëndë.

**Parandalimi:** Shmangia ose ndalimi i pirjes së duhanit është mënyra më e mirë për të parandaluar emfizemën ose për ta ndaluar atë që të keqësohet. Vaksinimi mund të ndihmojë në parandalimin e SPOK dhe emfizemës nga përkeqësimi. Nevojitet një imunizim vjetor i gripit, dhe një rekomandim 5-vjeçar kundër pneumonisë mund të rekomandohet.

### 2.3. Astma

Astma është një sëmundje kronike serioze, që dita ditës po shpeshtohet, dhe futet ndër problemet shëndetësor botërore. Kjo mund të bëjë frymëmarrje të vështirë dhe të shkaktojë kollitje, vështirësi dhe frymë. Për disa njerëz, astma është një shqetësim i vogël. Për të tjerët, mund të jetë një problem i madh që ndërhyt me aktivitetet e përditshme dhe mund të çojë në një sulm të rrezikshëm për jetën e astmës. Astma nuk mund të shërohet, por simptomat e saj



mund të kontrollohen. Për shkak se astma shpesh ndryshon me kalimin e kohës, është e rëndësishme që të punoni me mjekun tuaj për të ndjekur shenjat dhe simptomat tuaja dhe për të rregulluar trajtimin sipas nevojës.

**Simptomat :** ndryshojnë nga personi në person. Ju mund të keni infeksione të rralla të astmës, keni simptoma vetëm në raste të caktuara - siç është kur ushtroni - ose keni simptoma gjithë kohën. Shenjat dhe simptomat e astmës përfshijnë:

- Shkurtesa e frymëmarrjes,
- Shtrëngim në gjoks ose dhimbje,
- Gjumi i fjetjes i shkaktuar nga gulçimi, kollitja ose wheezing,
- Një tingëllimë whistling ose wheezing (wheezing është një shenjë e përbashkët e astmës në fëmijët),
- Sulmet e kollitjes ose wheezing që janë përkeqësuar nga një virus i frymëmarrjes, të tilla si një i ftohtë ose gripi.

Shenjat dhe simptomat e astmës që janë më të shpeshta dhe të bezdisshme:

- Rritja e vështirësisë së frymëmarrjes (e matshme përmes një pajisje që përdoret për të kontrolluar sa mirë funksionojnë mushkëritë tuaja),
- Nevoja për të përdorur një inhalator me lehtësi të shpejtë më shpesh.

Për disa njerëz, shenjat dhe simptomat e astmës shpërthen në situata të caktuara:

- Astma e nxitur nga stërviçja, e cila mund të jetë më e keqe kur ajri është i ftohtë dhe i thatë,
- Astma profesionale, e shkaktuar nga irritues të vendit të punës, si tymi kimik, gazra ose pluhuri,
- Astma e shkaktuar nga alergjia, e shkaktuar nga substanca ajrore, si polen, sporet e mykut, grimcat e lëkurës dhe pështymën e thatë të derdhur nga kafshët shtëpiake,

**Kërkoni trajtim emergjent:** Sulmet e rënda të astmës mund të jenë kërcënuese për jetën. Puna me mjekun tuaj për të përcaktuar se çfarë duhet të bëni kur shenjat dhe simptomat tuaja përkeqësohen dhe kur keni nevojë për trajtim urgjent. Shenjat e emergjencës së astmës përfshijnë:

- Përkeqësim i shpejtë i frymëmarrjes ose wheezing,
- Asnjë përmirësim edhe pas përdorimit të një inhalatori të shpejtë, siç është albuteroli,
- Mungesa e frymëmarrjes kur jeni duke bërë aktivitet minimal fizik.
- Kontaktoni mjekun.

Nëse mendoni se keni astmë dhe përfshihen këto simptoma si kollitje të shpeshta ose wheezing që zgjasin më shumë se disa ditë ose ndonjë shenjë tjetër ose simptoma të astmës, vizitoni mjekun tuaj. Trajtimi i astmës së hershme mund të parandalojë dëme afatgjata të mushkërive

dhe të ndihmojë që gjendja të mos përkeqësohet me kalimin e kohës. Nëse e dini që keni astmë, punoni me mjekun tuaj për ta mbajtur nën kontroll.

Kontrolli i mirë afatgjatë ju ndihmon të ndiheni më mirë nga dita në ditë dhe mund të parandaloni një sulm kërcënues për jetën e astmës. Nëse simptomat tuaja të astmës do të përkeqësohen dhe nëse mjekimi në shtëpi nuk mund të lehtësojë simptomat tuaj ju duhet menjëherë të kontaktoni mjekun tuaj. Mos u mundoni ta zgjidhni problemin duke marrë më shumë ilaçe pa u konsultuar me mjekun tuaj. Përdorimi i tepërt i ilaçeve të astmës mund të shkaktojë efekte anësore dhe mund të keqësojë astmën tuaj.

**Faktorët që ndikojnë në astmë:** Nuk është e qartë se përse disa njerëz marrin astmë dhe të tjerët nuk e bëjnë, por ndoshta është për shkak të një kombinimi të faktorëve mjedisorë dhe gjenetik (të trashëguar). Ekspozimi ndaj irrituesve të ndryshëm dhe substancave që shkaktojnë alergji mund të shkaktojë shenja dhe simptoma të astmës. Shkaktarët e astmës janë të ndryshme nga personi në person dhe mund të përfshijnë:

- Substancat ajrore, të tilla si polen, merimangat e pluhurit, sporet e miellit, anijet e kafshëve ose grimcat e mbetjeve të kacavjerrës,
- Infeksionet respiratore, të tilla si ftohja e zakonshme,
- Aktiviteti fizik (astma e stërngarkuar),
- Ajri i ftohtë,
- Ndotësit e ajrit dhe irrituesit, të tilla si tymi,
- Disa ilaçe, përfshirë beta-blockers, aspirina, ibuprofen (Advil, Motrin IB, të tjerët) dhe naproxen,
- Sulfites dhe preservatives shtuar në disa lloje të ushqimeve dhe pijeve, duke përfshirë karkaleca, fruta të thata, patate të përpunuara, birra dhe verë,
- Sëmundja e zbatës gastroesophageal (GERD), një gjendje në të cilën acide stomaku kthehen në fyt.

Një numër faktorësh mendohet të rrisin shanset tuaj për zhvillimin e astmës. Kjo përfshin:

- Të kesh një të afërm të gjakut (si një prind apo vëlla) me astmë,
- Duke pasur një gjendje tjetër alergjike, të tilla si dermatiti atopik apo rinitit alergjik,
- Duke qenë mbipeshë,
- Duke qenë një duhanpirës,
- Ekspozimi ndaj tymit të dorës së dytë,
- Ekspozimi ndaj shkarkimeve të tymit ose llojeve të tjera të ndotjes,
- Ekspozimi ndaj shkaktarëve të profesionit, si kimikatet e përdorura në blegtori, flokët dhe prodhimi,

**Komplikimet e astmës përfshijnë:**

- Shenjat dhe simptomat që ndërhyjnë në gjumë, punë ose aktivitete rekreative,
- Ditë të sëmura nga puna ose nga shkolla gjatë shpërthimit të astmës,

- Ngushtimi i përhershëm i tubave bronkial (rimodelimi i rrugëve të frymëmarrjes) që ndikon sa mirë mund të marrësh frymë,
- Vizitat e dhomave të urgjencës dhe hospitalizimet për sulme të rënda të astmës.
- Efektet anësore nga përdorimi afatgjatë i disa ilaçeve të përdorura për të stabilizuar astmën e rëndë,
- Trajtimi i duhur bën një ndryshim të madh në parandalimin e ndërlikimeve afatshkurtra dhe afatgjata të shkaktuara nga astma,

**Parandalimi:** Ndërsa nuk ka asnjë mënyrë për të parandaluar astmën, duke punuar së bashku, ju dhe mjeku juaj mund të krijoni një plan hap pas hapi për të jetuar me gjendjen tuaj dhe për të parandaluar sulmet e astmës. Me mjekun tuaj dhe ekipin e kujdesit shëndetësor, shkruani një plan të detajuar për marrjen e barnave dhe menaxhimin e një sulmi ndaj astmës. Pastaj sigurohuni që të ndiqni planin tuaj.

Astma është një gjendje e vazhdueshme që ka nevojë për monitorim dhe trajtim të rregullt. Marrja nën kontroll e trajtimit tuaj mund t'ju bëjë të ndiheni më shumë në kontrollin e jetës suaj në përgjithësi. Merrni vaksinat për influencë dhe pneumoni. Qëndrimi i tanishëm me vaksinat mund të parandalojë gripin dhe pneumoninë nga shkaktimi i shpërthimit të astmës. Identifikoni dhe shmangni shkaktarët e astmës. Një numër i alergeneve dhe irrituesve në natyrë, duke filluar nga poleni dhe myku në ajrin e ftohtë dhe ndotjen e ajrit mund të shkaktojnë sulme të astmës. Gjeni se çfarë shkakton apo përkeqëson astmën tuaj, dhe ndërmerrni hapa për të shmangur ato që shkakton.

Monitoroni frymëmarrjen tuaj. Ju mund të mësoni të njihni shenja paralajmëruese të një sulmi të afërt, të tilla si kollitje të lehtë, vështirësi ose frymë. Por për shkak se funksioni i mushkërive<sup>3</sup> mund të ulet para se të vëreni ndonjë shenjë ose simptomë, rregullisht matni dhe regjistroni rrjedhën tuaj të ajrit në shtëpi.

Identifikimi dhe trajtimi i sulmeve herët. Nëse veproni shpejt, ju jeni më pak të ngjarë të keni një sulm të rëndë. Ju gjithashtu nuk do të keni nevojë për aq ilaçe për të kontrolluar simptomat tuaja. Kur matjet e juaja ju alarmojnë për një sulm të afërt, merrni mjekimin tuaj sipas udhëzimeve dhe menjëherë ndaloni çdo aktivitet që mund të ketë shkaktuar sulmin. Nëse simptomat tuaja nuk përmirësohen, merrni ndihmë mjekësore sipas udhëzimeve në planin tuaj të veprimit.

Merreni ilaçet siç është përshkruar. Vetëm për shkak se astma juaj duket të përmirësohet, mos ndryshoni asgjë pa u folur fillimisht me mjekun tuaj. Është një ide e mirë për të sjellë medikamentet tuaja me ju në çdo vizitë mjekësore, kështu që doktori juaj mund të kontrollojë dy herë nëse jeni duke përdorur medikamentet tuaj në mënyrë korrekte dhe duke marrë dozën e duhur. Kushtojini vëmendje përdorimit të inhalatorit me lehtësim të shpejtë.

---

<sup>3</sup> Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau, M., Beaupré, A., Bégin, R., ... & Singh, R. (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Archives of internal medicine*, 163(5), 585-591.

## 2.4. Bronchiolitis

Më së shpeshti prek foshnjat dhe fëmijët e vegjël sepse hundët e tyre dhe rrugët e frymëmarrjes të vogla mund të bllokohen më lehtë se ato të fëmijëve më të rritur ose të rriturve. Zakonisht ndodh gjatë 2 viteve të para të jetës, më së shpeshti në moshën 3 deri në 6 muaj dhe është më e zakonshme te meshkujt, foshnjat e parakohshme, fëmijët që nuk kanë ushqyer gji dhe ata që jetojnë në kushte të mbushura me njerëz.

Bronchiolitis zakonisht shkaktohet nga një infeksion viral, më së shpeshti virusi i frymëmarrjes syncytial (RSV). Infeksionet RSV janë përgjegjëse për më shumë se gjysmën e të gjitha rasteve të bronkiolitit. Viruset e tjera të lidhura me bronkiolit përfshijnë rhinovirus (virusi i zakonshëm i ftohtë), gripit, metapneumovirusit të njeriut, adenovirusit, koronavirusit dhe parainfluenzës.

Përkujdesja për fëmijët dhe ekspozimi ndaj tymit të duhanit mund të rrisin rrezikun e bronkiolit të fëmijës. Edhe pse shpesh është një sëmundje e butë, disa foshnje janë në rrezik për bronkiolitin e rëndë përfshirë ata që kanë lindur para kohe, kanë një sëmundje kronike të zemrës ose të mushkërive ose kanë një sistem imunitar të dobësuar për shkak të sëmundjes ose ilaçeve. Këta fëmijë duhet të trajtohen në një spital.

Fëmijët që kanë pasur bronkiolite mund të kenë më shumë gjasa të zhvillojnë astmë më vonë në jetë. Nuk është ende e qartë nëse sëmundja shkakton ose shkakton astmë, ose nëse fëmijët që përfundimisht zhvillojnë astmë ishin më të prirur për të zhvilluar bronkiolitin si foshnje. Ekspertët vazhdojnë të studiojnë marrëdhëniet midis bronchiolitit dhe zhvillimit të mëvonshëm të astmës.

**Shenja dhe simptoma:** Simptomat e para të bronkiolitit janë zakonisht të njëjta me ato të një ftohje të zakonshme:

- stuff hundë dhe mbingarkesë,
- kollë,
- ethje.

Këto simptoma zgjasin një ose dy ditë dhe pasohen nga përkeqësimi i kollitjes dhe wheezing (zhurmat e larta të fishkëllima kur nxjerrin).

Ndonjëherë, vështirësitë më të rënda respiratore zhvillohen gradualisht. Shenjat e para përfshijnë:

- shpejtë, frymëmarrje të cekët,
- një rrahje të shpejtë të zemrës,
- retractions - kur zonat nën brinjë, midis brinjëve inflamohen,
- nervozizëm, me vështirësi gjumi dhe shenjat e lodhjes ose letargjisë
- të vjella pas kollitjes,
- oreksi i dobët ose jo ushqyer mirë, duke shkaktuar zvogëlimin e peeing dhe pak pelena lagësht,

Ndonjëherë këto simptoma mund të çojnë në dehidrim. Më pak të zakonshme, foshnjat (sidomos preokumentet) mund të kenë episode ku ata ndërpresin shkurtimisht frymëmarrjen (apnea) përpara se të zhvillojnë simptoma të tjera.

Në raste të rënda, simptomat mund të përkeqësohen shpejt. Një fëmijë me bronkiolitit të rëndë mund të jetë shumë i lodhur nga puna e frymëmarrjes dhe të ketë lëvizje të dobët të ajrit brenda dhe jashtë mushkërive për shkak të bllokimit të rrugëve të frymëmarrjes. Lëkura mund të kthehet në blu (të quajtur cyanosis), e cila është veçanërisht e dukshme në buzë dhe thonjtë.

**Përhapja e sëmundjes-** Infeksionet që shkaktojnë bronkiolitit janë ngjitëse. Bakteret mund të përhapen në pika të vogla të lëngjeve nga hunda dhe gojë e një personi të infektuar, të cilat mund të bëhen ajrore nëpërmjet teshtitjes, kollitjes ose qeshjes dhe gjithashtu mund të përfundojnë në gjërat që personi ka prekur, siç janë indet apo lodrat e përdorura. Foshnjat në qendrat e përkujdesjes për fëmijë kanë një rrezik më të madh për të marrë një infeksion që mund të çojë në bronkiolitit sepse ata janë në kontakt të ngushtë me shumë fëmijë të tjerë të vegjël.

**Parandalimi:** Mënyra më e mirë për të parandaluar përhapjen e viruseve që mund të shkaktojnë bronkiolitit është larja e duarve mirë dhe shpesh. Kjo mund të ndihmojë në mbajtjen e foshnjave larg të tjerëve që kanë ftohje ose kollitje. Fëmijët që janë të ekspozuar ndaj tymit të duhanit kanë më shumë gjasa të zhvillojnë bronkiolitit të rënda krahasuar me ato nga shtëpitë pa tym. Pra, është e rëndësishme për të mbrojtur fëmijët nga tymi i dorës së dytë. Nuk ka ende vaksina bronkiolitit, por mund të jepet një ilaç për të lehtësuar seriozitetin e sëmundjes. Rekomandohet vetëm për foshnjat në rrezik të lartë të sëmundjeve të rënda, të tilla si ato të lindura shumë para kohe ose ata me sëmundje kronike të mushkërive ose të zemrës. Mjekësia, e cila përmban antitropa në RSV, jepet si një injeksion mujor gjatë sezonit të RSV.

**Inkubacion:** Periudha e inkubacionit (koha midis infeksionit dhe fillimit të simptomave) varion nga disa ditë në një javë, varësisht nga infeksioni që shkakton bronkiolitit.

**Kohëzgjatja:** Rastet e bronkiolitit zakonisht zgjasin rreth 12 ditë, por fëmijët me raste të rënda mund të kolliten dhe të kenë vështirësi për javë. Sëmundja përgjithësisht arrin kulmin e saj në ditën e dytë ose të tretë pas fillimit të kollitjes, duke shkaktuar vështirësi të frymëmarrjes para se të bëhet më mirë.

**Trajtimi Profesional:** Për fat të mirë, shumica e rasteve të bronkiolitit janë të butë dhe nuk kanë nevojë për trajtim të veçantë profesional. Antibiotikët nuk janë të dobishëm sepse bronkiolitit është shkakuar nga një infeksion viral, dhe antibiotikët janë vetëm efektive kundër infeksioneve bakteriale. Nganjëherë mund të jepet mjekësia për të ndihmuar në hapjen e rrugëve të frymëmarrjes së fëmijës.

Foshnjat që kanë probleme me frymëmarrjen, janë të dehidruar ose duken të lodhur duhet të kontrollohen nga një mjek. Ata që janë të sëmurë moderuar ose të rëndë mund të kenë nevojë të shtrohen në spital, të shikojnë nga afër dhe të japin lëngje dhe oksigjen të lagur. Rrallë, në raste shumë të rënda, disa foshnje vendosen në respiratorë për t'i ndihmuar ata të marrin frymë derisa të fillojnë të përmirësohen.

**Trajtimi në shtëpi:** Trajtimi më i mirë për shumicën e fëmijëve është koha për t'u shëruar dhe mjaft lëngje. Megjithatë, sigurimi që një fëmijë pi lëngje të mjaftueshme mund të jetë i ndërlikuar. Atyre duhet të iu ofrohen lëngje në sasi të vogla shpesh. Ajri i brendshëm, sidomos gjatë dimrit, mund të thajë rrugët e frymëmarrjes dhe të bëjë një shtresë të mukusit. Disa prindër përdorin një aparat avullimi në dhomën e fëmijës për të ndihmuar në lirimimin e mukusit në rrugët e frymëmarrjes dhe lehtësimin e kollës dhe mbingarkesës. Shmangni lagështi me ujë të nxehtë dhe me avull, të cilat mund të jenë të rrezikshme dhe mund të shkaktojnë djegie.

### **3. Roli i kujdesit infermieror të fëmijëve me sëmundje pulmonare obstruktive**

#### **3.1 Vlerësimi infermieror**

Kujdesi infermieror tek i sëmurit kërkon njohuri dhe aftësi profesionale. Prandaj, është e nevojshme që çdo infermiere të jetë e aftë dhe të këtë njohuri në mënyrë që përgjegjësia dhe kujdesi të jenë në një nivel sa më të lartë të mundshëm.

Qëllimi i procesit të kujdesit nga ana e infermieres është të sigurojë kujdes, ndihmë dhe plotësim të nevojave të pacientit, për të ruajtur dhe përmirësuar shëndetin dhe mirëqenien e pacientit. Pas njohjes paraprake me pacientin infermiera formon dhe kontrollon kartelën infermiere. Nëse mjeku ka përcaktuar analiza laboratorike dhe teste diagnostikuese për të sëmurin atëherë në përpikëri ato i kryen dhe i referon te mjeku. Bëni përkujdes ndaj pacientit (fëmijës) nga momenti i pranimit në spital, gjatë qëndrimit deri në lirimimin e fëmijës nga spitali.

4

#### **3.2. Diagnoza infermiere**

Çrregullime të shkëmbimit të gazeve lidhur me ndryshimet në membranat alveolare, kufizimit respirator, lodhjes së muskujve respirator dhe prodhimit të shtuar respirator si dhe prodhimit të shtuar të mukusit:

- Frymëmarrje jo efektive- lidhur me obstrukcionin e rrjedhjes respiratore, lodhjes, dhe uljes së energjisë,
- Pastrim infektiv i rrugëve respiratore- lidhur me shtimin e tepërt të sekrecioneve, lodhjes, zvogëlimit dhe kollitjes infektive,
- Ndryshimet në ushqyerje më pak se nevojat e organizmit- lidhur me dispnën, sekrecionet e shtuara, anoreksisë dhe lodhjes,
- Ankth- lidhur me humbjen e kontrollit gjatë episodit disponik dhe ndryshimeve të gjendjes shëndetësore,
- Intolerancë aktivitetesh - lidhur me lodhjen, dispnen,

---

<sup>4</sup> Dinh-Xuan, A. T., Higenbottam, T. W., Clelland, C. A., Pepke-Zaba, J., Cremona, G., Butt, A. Y., ... & Wallwork, J. (1991). Impairment of endothelium-dependent pulmonary-artery relaxation in chronic obstructive lung disease. *New England Journal of Medicine*, 324(22), 1539-1547.

- Prishje e gjumit - lidhur me dispnen dhe hospitalizimin,
- Deficit njohurish- lidhur me mos familjarizimin me burimet e informacionit,
- Lodhje- lidhur me ndryshimet në metabolizmin energjik, hipoksemi.

### **3.3. Planifikimi**

- Aplikimi i terapisë sipas udhëzimit të mjekut;
- Përcjellja e oksigjenit dhe dhënia në sasi në bazë të nevojës;
- Përcjellja e funksioneve vitale në çdo kohë;
- Përmirësimi i shkëmbimit të gazrave;
- Përmirësimi i mënyrës së frymëmarrjes;
- Sigurimi i tingujve normal në mushkëri;
- Përmirësimi i marrjes së ushqimeve;
- Reduktimi i ankthit;
- Rritja e tolerancës së aktiviteteve;
- Reduktimi i rrezikut për infeksione.

### **3.4. Ndërhyrjet dhe planifikimi infermieror**

Shmangni irrituesit, si: duhanin dhe shmanguni nga moti shumë i ftohtë sepse mund të përkeqësojë bronket) Alergenet si pluhuri ose poleni. Çelësi për të shmangur një shpërthim të SPOK është të shmangen gjërat që e bëjnë atë më keq. Nëse pacienti vazhdon pirjen e duhanit ende kjo është një prioritet, ata duhet të lënë duhanin. Ofroni arsim për pirjen e duhanit me SPOK dhe përfitimet e ndalesës. Nganjëherë pacienti do të qetësohet dhe intubohet në përpjekje për të korrigjuar ndonjë acidozë respiratore ose alkalosis.

#### **Trajtimet e frymëmarrjes dhe medikamentet**

Beta-Agonists: Të tilla si albuterol punojnë si bronkodilatatorë.

Antikolinergjikët: Të tilla si Ipratropium punojnë për të relaksuar bronkospazmat.

Kortikosteroidet: Të tilla si Fluticasone punojnë si një anti-inflamator.

## **Monitorimi i ngopjes së oksigjenit**

Kjo është subjektive pasi ju duhet të siguroheni për të kuptuar bazën e pacientit. Planifikoni monitorimin e oksigjenit me mjekun.

Jepini oksigjenin sipas urdhrit dhe nevojës. Jini të kujdesshëm për ta kthyer makinën e tyre në frymëmarrje duke i dhënë shumë O<sub>2</sub>, si rregull i përgjithshëm, pacientët me SPOK duhet të mbahen rreth 88% deri 92%.

## **Merrni EKG**

Mushkëritë dhe zemra janë në të njëjtën zonë të përgjithshme, nëse dikush ka probleme me frymëmarrjen, sigurohuni që zemra e tyre është e mirë. Ndonjëherë njerëzit që kanë një atak në zemër mund të ndjehen sikur nuk mund të fryjnë për shkak të presionit ose dhimbjes në gjoksin e tyre. Gjithashtu, SPOK është stresuese në zemër, kështu që edhe nëse problemi kryesor është frymëmarrja, monitorimi i zemrës, sidomos gjatë një episodi/përkeqësimi është i rëndësishëm.

## **Vlerësimi në mbi dhe nën peshë**

Duke pasur peshë në aksesin e pacientit ul hapësirën për zgjerimin e mushkërive. Përgjithësisht ata që humbin peshë po lëvizin edhe më shumë për të humbur peshën, fitore të dyfishtë. Disa pacientë (sidomos ata me emfizemë) mund të jenë shumë të hollë (barrë e mbartur) dhe është e rëndësishme të siguroheni që ata janë duke u ushqyer në mënyrë që trupi i tyre të jetë në performancë optimale (për atë pacient).

Rekomandim: Nxitni lëvizjen/aktivitetin!

Stili i jetesës i ulur shkakton gulçim të shtuar dhe më pak tolerancë për lëvizjen. Ndhurma për lëvizjen e pacientit më shpesh ndihmon në përmirësimin e aftësive të frymëmarrjes. Vlerëso/administro vaksinën e influencës dhe vaksinën e pneumokokut. Parandalimi i komplikimeve të tilla si grip ose pneumoni është i rëndësishëm sepse mushkëritë tashmë po punojnë më shumë për të mbajtur trupin të balancuar me oksigjen dhe CO<sub>2</sub>, një rrezik në rritje i infeksionit vetëm komplikon aftësinë e pacientit për të marrë frymë.

## **3.5. Dokumentimi**

Procedura e dokumentimit :

Unë si infermiere duhet t'i komplotojë të dhënat e pacientit në kartelën e pacientit, në kartelën si; historikun e sëmundjes analizat laboratorike si dhe relaksionin e medikamenteve të përfshira në kartelën e pacientit..



### **3.6. Evaulimi dhe rezultatet e pritura vlerësojnë gjendjen përfundimtare të pacientit**

- Fokusohemi në arritjet tona si infermier, A i kemi arritur sa duhet qëllimet tona?!
- Fokusohemi a e kemi planifikuar mirë procesin infermieror?!
- A i kemi zbatuar më përpikëri të gjitha proceset tona si infermier, kohën sa pacienti ka qëndruar në spital <sup>5</sup> ?!

## **4. Qëllimi**

Qëllimi i këtij studimi është paraqitja e incidencës së sëmundjeve pulmonare obstruktive të fëmijët e diagnostifikuar në ambulancën specialitike pediatrike në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë, për vitin 2016. Te pacientët e ndryshëm, në bazë të numrit të përgjithshëm të fëmijëve me SPOK, gjinisë, grup moshave më të prekura, vendbanimi, prezenca e faktorëve të rrezikut dhe analiza si po ndryshon shfaqja e sëmundjes nëpër vite. Për të verifikuar dhe përshkruar ngjarjet kryesore që lidhen me diagnozën dhe menaxhimin e sëmundjeve pulmonare obstruktive kronike të fëmijët dhe adoleshentët, duke marrë parasysh karakteristikat fiziologjike, gjenetike dhe mjedisore të ndërlydhura.

## **5. Materiali dhe Metodologjia**

Ky punim është: rishikim i literaturës, janë analizuar gjithsej 117 fëmijë të hospitalizuar me sëmundje pulmonare obstruktive të cilët kanë qenë në trajtim në repartin e pediatrikë gjatë vitit 2016, në Spitalin Rajonal në Gjakovë, nga janë marrë të dhënat për vitin e lartpërmendur.

Pas rishikimit të literaturës dhe rasteve, përpunimit të të dhënave në repartin pediatrikë kemi arritur të pasqyrojmë në këtë punim diagnozat, simptomat dhe gjendjen e të sëmurëve nga sëmundja kronike obstruktive dhe i kemi paraqitur në këtë punim diplome.

Të dhënat janë analizuar duke përdorur Microsoft Office Excel 2010, është bërë përpunimi statistikor, ku këto të dhëna janë paraqitur në mënyrë tabelore dhe grafike.

---

<sup>5</sup> 4.Pediatria-Mehmedali Azemi & Mujë Shala ,Botimi i I Prishtinë 2010

## 6. Rezultatet

Në tabelën dhe trafikonin nr. 1 janë paraqitur rastet e sëmundjeve pulmonare obstruktive në bazë të numrit të përgjithshëm të rasteve gjatë vitit 2016 në Spitalin Rajonal “Isa Grezda” në Gjakovë. Në këtë tabelë shikojmë se numri i përgjithshëm ka qenë gjithsej 117 fëmijë. Prej tyre numri më i madh i fëmijëve ka qenë me bronkiolit 60 raste ose 51.28%; pastaj vijojnë bronkitet akute dhe kronike me 51 raste, apo 43.59% , astma me 6 raste apo 5.13% , ndërsa nga emfizema dhe bronkektazia nuk kanë pasur raste.

Sëmundjet obstruktive respiratore	Nr	Përqindja (%)
Astma	6	5.13%
Bronkioliti	60	51.28%
Bronkitet akute dhe kronike	51	43.59%
Emfizema	0	0
Bronkektazite	0	0
Gjithsej	117	100%

Tabela Nr. 1. Të dhënat e shpërndara sipas sëmundjeve

Në tabelën nr. 2 është paraqitur grupmosha e fëmijëve me SOP- së, nga vërehet se mosha më e atakuar është 2 – 4 vjeç, me gjithsej 32 raste ,kurse më së paku e atakuar është mosha 10 -12 vjeç, me 3 raste.

Grupmosha e sëmundjeve obstruktive respiratore	Nr.	Përqindja (%)
< 1 vite	20	17.09%
1-2 vite	22	18.8%
2-4 vite	32	27.36%
4-6 vite	22	18.8%
6-8 vite	11	9.4%
8-10 vite	7	5.98%
10-12 vite	3	2.56%
Gjithsej	117	100%

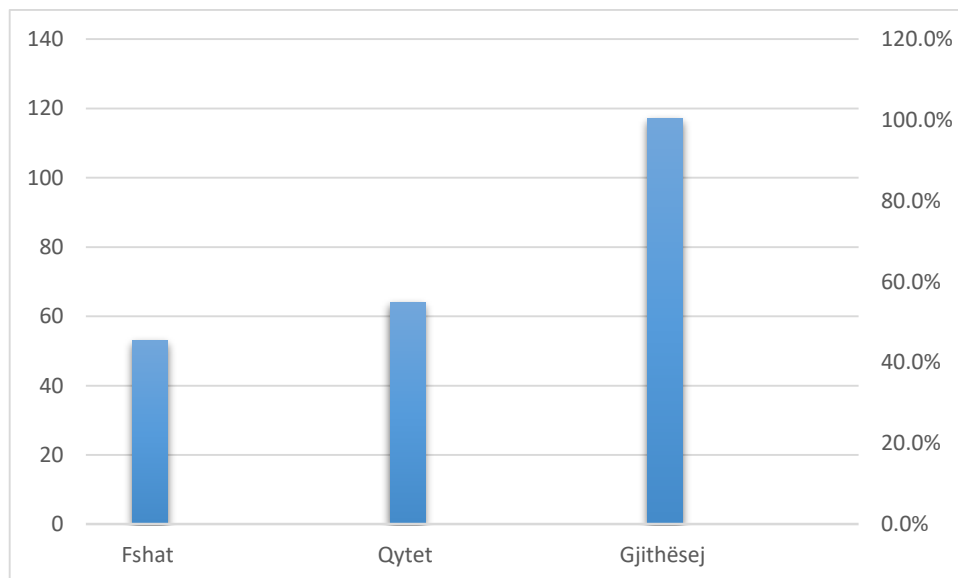
Tabela 2. Të dhënat e SOP të shpërndara sipas grupmoshave

Në tabelën nr.3 janë evidente rastet e transferit për në Prishtinë. Numri me i madh i fëmijëve të transferuar ne nivelin e tretë të trajtimit janë me bronkit kronik,11 raste apo 47.82%, me bronkiolit me 10 raste, apo 43.48%, astmë me 2 raste apo 8.7%.

Sëmundjet obstruktive respiratore- Transfer në QKUK	Nr.	Përqindja (%)
Astma	2	8.7%
Bronkioliti	10	43.48%
Bronkitet akute dhe kronike	11	47.82
Emfizema	0	0
Bronhektazite	0	0
Gjithsej	23	100%

Tabela Nr.3. Fëmijët me SPOK të transferuar ne QKUK-Prishtinë

Në tabelën nr.3 kemi bërë paraqitjen grafike sipas numrit dhe përqindjes të sëmurëve, fëmijë në bazë të vendbanimit. Nga vendet urbane janë evidentuar 54.7% të rasteve kurse nga pjesa rurale 45.3% raste.



Grafikoni nr.4. Paraqitja tabelare sipas vendbanimit

## 7. Diskutimi

Në bazë të analizës së rezultateve të lartpërmendura është vërejtur se fëmijët më të atakuar nga sëmundjet pulmonare obstruktive nga 117 pacientë (fëmijë) për vitin 2016, janë ata me bronkiolit, më 51.28% të rasteve. Në bazë të diagramit është vërejtur se moshë më e prekur më SPOK është moshë 2-4 vjeç. Kjo do të thotë se kjo moshë është më e rrezikuara ndaj sëmundjeve pulmonare obstruktive, kurse ka një ulje me të madhe të rasteve në vitet më të vonshme.

Një dukuri tjetër që është vërejtur në bazë të diagrameve dhe që mund të merret si shqetësuese është sëmundshmëria në bazë të vendbanimit, ku më të atakuar me sëmundje pulmonare obstruktive janë fëmijët nga qyteti me 54.7 %, kurse nga fshati me 45.3% të rasteve. Kjo është me siguri pasojë e ndotjes së ajrit më shumë në qytet edhe pse Gjakova tash nuk ka një industri të rëndësishme për ndotjen e ajrit. Arsyeja e përqindjes më të madhe të fëmijëve nga qyteti mund ta kërkojmë edhe në qëndrimin e gjatë të fëmijëve në hapësirë të kufizuar dhe pirja e duhanit në ato hapësira.

## 8. Përfundimi

Në vitin 2016 në Spitalin Rajonal në Gjakovë janë paraqitur 117 fëmijë me sëmundje obstruktive pulmonare. Prej tyre numri më i madh i fëmijëve ka qenë 60 raste apo 51.28% me bronkiolit, ndërsa të prekur nga sëmundjet pulmonare siç janë emfizema dhe bronhektazia nuk ka pasur raste.

Mosha më e atakuar prej sëmundjeve pulmonare obstruktive ka qenë mosha prej 2- 4 vite me gjithsej 32 raste.

Mosha më pak e atakuar prej sëmundjeve pulmonare obstruktive ka qenë mosha prej 10-12 vite me gjithsej 3 raste.

Rastet më së shumti që janë përfshirë transfer prej Spitalit të Gjakovës drejt QKUK-së janë të fëmijëve me bronkit kronik 11 raste dhe me bronkiolit 10 raste.

Rastet e fëmijëve me sëmundje pulmonare obstruktive në bazë vendbanimit janë evidentuar 54.7% prej qytetit kurse nga fshati 45.3% raste.

## 9. Konkluzione dhe rekomandime

Diagnoza korrekte dhe njohuritë e faktorëve të rrezikut dhe morbitetit janë thelbësore në menaxhimin e SPOF -së. Kontrolli klinik i SPOK-it duhet të vlerësohet nga prognoza e sëmundjes , përmirësimi i cilësisë së jetës, reduktimi i humbjes së funksionit të mushkërive dhe dëmtimi strukturor i mushkërive.

Monitorimi nga ekipet ndërdisiplinore në qendrat e specializuara me strategjitë e vëzhgimit dhe kujdesin e vazhdueshëm çon në rezultate më të mira, të cilat duhet të vlerësohen duke ulur dëmtimin dhe përkeqësimin e funksionit të mushkërive, prognozë më të mirë, cilësi të përmirësuar të jetës dhe jetëgjatësi më të madhe.

Prandaj, duhet të bëhet vetëdijesimi me qëllim evitimi i faktorëve të rrezikut dhe në: Pakësim të pirjes së duhanit,

- Pakësim të ekspozimit ndaj grimcave dhe kemikaleve profesionale, që shkaktojnë SOP,
- Pakësim të ndotjes së ajrit në ambiente të brendshme dhe të jashtme,
- Duhet theksuar se ndalimi i pirjes së duhanit është mënyra më efektive dhe më e lirë në shumicën e njerëzve për të pakësuar rrezikun e shfaqjes së SOP.

## 10. Referencat

Niewoehner, D. E., Erbland, M. L., Deupree, R. H., Collins, D., Gross, N. J., Light, R. W., ... & Morgan, N. A. (1999). Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine*, 340(25), 1941-1947.

Singh, S., Loke, Y. K., & Furberg, C. D. (2008). Inhaled anticholinergics and risk of major adverse cardiovascular events in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *Jama*, 300(12), 1439-1450.

Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., Rouleau, M., Beaupré, A., Bégin, R., ... & Singh, R. (2003). Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Archives of internal medicine*, 163(5), 585-591.

Dinh-Xuan, A. T., Higenbottam, T. W., Clelland, C. A., Pepke-Zaba, J., Cremona, G., Butt, A. Y., ... & Wallwork, J. (1991). Impairment of endothelium-dependent pulmonary-artery relaxation in chronic obstructive lung disease. *New England Journal of Medicine*, 324(22), 1539-1547.

Pediatria-Mehmedali Azemi & Mujë Shala ,Botimi i I, Prishtinë 2010.