

UNIVERSITETI PUBLIK I GJAKOVËS
FAKULTETI I MJEKËSISË
DREJTIMI INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

**Tema:Kujdesi infermieror tek pacientet me
nefrolitiazë**

Mentori:
Prof.Ass.Dr.Idriz Berisha

Studentet:
Gjylshah Molliqaj
Alma Krasniqi

Gjakovë 2018

UNIVERSITETI PUBLIK I GJAKOVËS
FAKULTETI I MJEKËSISË
DREJTIMI INFERMIERI



PUNIM DIPLOME

**Tema:Kujdesi infermieror tek pacientet me
nefrolitiazë**

Mentori:
Prof.Ass.Dr.Idriz Berisha

Studentet:
Gjylshah Molliqaj
Alma Krasniqi

Gjakovë 2018

Punimi është bërë me ndihmën e të dhënave të marra nga libri i protokolit në repartin e Urologjisë në Spitalin Rajonal të Prizrenit.

Është i përbërë gjithsej nga :2 figura,3 grafikona,3 tabela dhe 38 faqe.

Mentori i temës është Prof.Ass.Dr.Idriz Berisha Internist-Reumatolog,me të cilin jam konsultuar rreth literaturës së nevojshme dhe statistikave që kam nxjerrë.

Deklarata

`Deklaroj që kjo temë e diplomës është punimi im origjinal.Literatura dhe burimet tjera të të dhënave që i kam shfrytezuar janë të listuara në referenca dhe plotësisht të cituara.

Po ashtu deklaroj se këtë temë diplome e kam punuar në pajtim me rregullat e punës të përcaktuara nga Universiteti i Gjakovës”

Në mbështetje të Rregullores për studime themelore të Fakultetit të Mjekësisë neni 46 dhe të vendimit të Këshillit të Fakultetit të Mjekësisë të dates 02.10.2017 nr.ref.005/368 deklarojmë se:

Pjesa e parë e temës së diplomës duke përfshirë hyrjen,funksioni dhe strukturen e veshkës,nefrolitiza është punuar nga unë GJYL SHAH MOLLIQAJ,ndërsa

Pjesa e dytë e temës nga Kujdesi Infermieror tek pacientet me Nefrolitiazë duke përfshirë edhe statistikat e marra nga reparti i urologjisë në spitalin rajonal të Prizrenit `Daut Mustafa` është punuar nga unë ALMA KRASNIQI.

FALENDERIME DHE MIRËNJOHJE

Në radhë të parë falenderojmë familjet tona për ndihmen dhe mbështetjen e dhënë gjatë kohës së studimeve dhe në finalizimin e tyre më këtë punim diplome.

Falenderim i veçant shkon për mentorin e temës Prof.Ass.Dr.Idriz Berisha,i cili me ndihmën dhe bashkëpunimin e tij na beri më të lehtë punimin e temës dhe arritjen e qellimit tonë profesional.

Falenderime kemi edhe për ekipin e komisionit të caktuar për mbrojtjen e kësaj temë, për kohën,ndihmën dhe mbështetjen e ofruar.

PËRMBAJTJA

1.HYRJE.....	9
2.STRUKTURA DHE FUNKSIONI I VESHKAVE.....	10
2.1.Anatomia e plotë.....	11
2.1.1.Nefroni,ndertimi,struktura.....	12
2.2.Funksioni i veshkave.....	13
3.NEFROLITIAZA.....	14
3.1.Etiologjia.....	15
3.2.Shkaktarët kryesorë.....	16
3.3.Simptomatologjia.....	17
3.4.Veçoritë klinike dhe diagnoza diferenciale.....	18
3.5.Diagnostikimi.....	19
3.6.Trajtimi.....	20
3.7.Incidenca.....	21
3.8.Mortaliteti.....	21
3.9.Parandalimi.....	22
4.QËLLIMI I PUNIMIT DHE OBJEKTIVAT.....	23
4.1.Materiali dhe metodat e punës.....	24
5.REZULTATET.....	25
6.KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTET ME NEFROLITIAZË.....	31
6.1.Edukimi infermieror.....	34
7.DISKUTIMI.....	36
8.REKOMANDIMET.....	37
9.CV E STUDENTEVE.....	38
10.LITERATURA.....	39

ABSTRAKTI

Nefrolitiazja apo sëmundja e gurëve renal është e shpeshtë dhe një shkaktarë i madh i sëmundshmërisë.

Nefrolitiazja (guret renal) si kolika akute renale me dhimbje të fortë shtypese janë një problem i shpeshtë dhe ndonjëherë edhe i rrezikshëm. Është një çrregullim sistemik dhe faktorët siç janë obesiteti, çrregullimet hormonale, kequshqyeshmëria janë të lidhura ngushtë me formimin e gurëve. Duke e ditur që gurët në veshka mund të çojnë në hipertension, diabet, sëmundje kardiovaskulare, sëmundje renale kronike ka ndryshuar kuptimi shkencor dhe praktika klinike në preventimin e gurëve renal.

Fjalët kyçe:

- Veshkët
- Dhimbja
- Poliuria
- Oliguria
- Hipertensioni

SUMMARY

Nepfrolitiasis or kidney stone disease is a common and is a major cause of morbidity

Nepfrolitiasis like a acute renal colic with resultant flank pain is a common and sometimes complex clinical problem.

It is a sistemic disorder and factors such as obesity,hormonal disorders,malnutrition are strongly associated with the risk of stone formation. Knowing that kindey stones may lead to hipertension,diabetes,cardiovascular disease and chronic kidney disease has changed the scientific understanding and the clinical practice of stone prevention.

Keywords :

- Kidneys
- Pain
- Polyuria
- Oliguria
- Hypertension

1.HYRJE

Nefrolitiaza paraqet prezencen e një pjese solide të materialit(gurit) në struktura e veshkës.

Gurët renal formohen në parenkimen renale dhe eliminohen me anë të urinës.

Gurët me madhësi të vogël zakonisht nuk japin simptoma klinike.

Nese guri është me i madh se 5mm mund të shkaktoj bllokim të rrjedhjes urinare duke u manifestuar klinikisht me dhimbje të forta therëse apo shtypëse në regjionin lumbal apo të barkut që përhapet në drejtim të regjionit inguinal që keqësohet me ndryshimin e pozites trupore dhe shpeshherë percjellet me djersitje,vjellje,urinim me dhimbje apo prezencen e gjakut në urinë.

Dhimbja shfaqet si rezultat i spazmes se ureterit që tenton ta eliminoj gurin,nese dhimbja nuk trajtohet ajo do te rikthehet perseri.

Gurët në veshka formohen si rezultat i nderveprimit të faktorevë gjenetik dhe atyre ambiental.Faktorët e rrezikut përfshinë:nivelet e larta të kalciumit dhe acidit urik në gjakë dhe urinë,obeziteti,kequshqyeshmëria,barnat,suplimentet e kalciumit,hiperparatiroidizmi,gihti,dehidrimi etj.

Shumica e gurëve janë të perbërë prej calcium-oxalatit dhe fosfateve me incidence me të lartë tek meshkujt ne raport me femrat 2:1. 15% e gureve renal i takojnë gurëve të miksuar infektiv që janë me të shpeshtë tek femrat.(1)

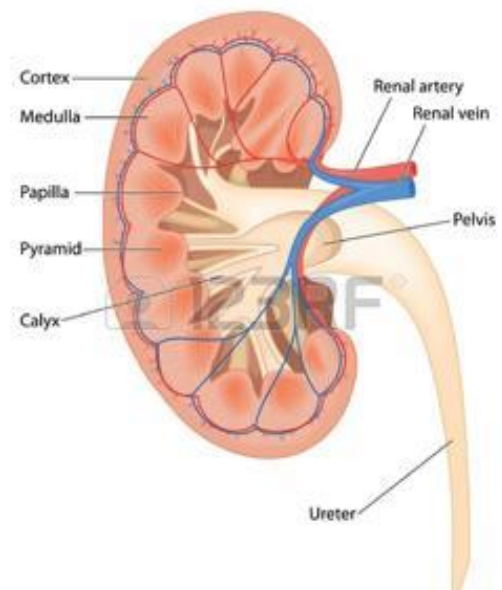
2.STRUKTURA DHE FUNKSIONI I VESHKAVE

Veshkat janë organe çifte,tubulare,që krijojnë urinë,të vendosura në hapësirën retroperitoneale,anash shtyllës kurrizore,në nivel të vertebrave Th12-L3

Parenkima renale përbehet nga korteksi i jashtëm dhe medulla e brendshme.Kapsulla renale dhe ureteri inervohen nga rrënjet nervore Th10-12 dhe L1 prandaj përhapja e dhimbjes ju pergjigjet dermatomave perkatëse.

Veshkat janë organe ekskretore të cilat perveq prodhimit të urinës luajnë rol edhe në rregullimin e vëllimit dhe përbërjes së lengut ekstraqelizor,respektivisht të sasisë së nevojshme të ujit dhe të elektroliteve në gjakë,rregullimin e ekuilibrit acido-bazik,largimin e produkteve përfundimtare të metabolizmit nga plazma e gjakut(urea,acidi urik,kreatinina,fenolet uratet etj,).(2)

Veshka merr pjesë në metabolizmin e vitaminës D dhe në sekretimin e hormoneve që rregullojnë shtypjen e gjakut(renina,prostaglandina dhe kalikrein-kinina)



2.A.Vela,"Anatomia e njeriut,Abdomeni",Prishtinx,2000,fq.101

2.1. Anatomia e plotë

Veshkët janë organe çifte të vendosura në hapësirën retroperitoneale në nivel të unazave Th12-L3 të shtyllës kurrizore. Veshka ka formën e fasules, edhe pse forma e saj varet edhe nga presioni që organet fqinjë ushtrojnë në të sepse parenkima e saj është e butë.

Gjatësia e veshkës është 12 cm, gjerësia 6 cm dhe trashësia 3 cm. Peshja e njerës veshkë sillet ndërmjet 120-150 gr.

Veshka është e përbërë nga levorja e veshkës (cortex renalis) dhe palca e veshkës (medulla renalis)

Palca e veshkës (medulla renalis) është e formuar nga piramidat veshkore Malpighi-ut dhe piramidat e Ferreinit. Piramidat kanë formë trekëndeshi në të cilën dallojmë bazën (basis pyramidis) dhe majën (papilla pyramidis) të cilat hapen në sinusin renal

Lëvorja e veshkës (cortex renalis) shtrihet ndërmjet piramidave si zona interna dhe ndërmjet piramidës dhe kapsulës fibroze si zona eksterna. Një piramidë veshkore së bashku me korteksin që e rrethon e formon lobin renal. Korteksi renal varësishtë cilën pjesë të nefronit e rrethon ndahet në pars convoluta dhe pars radiata

2.2.Nefroni-ndertimi dhe struktura

Njesia themelore funksionale e veshkave është nefroni.

Një veshkë përmban rreth 1 milion nefrone.Varësisht nga lokalizimi dallojmë tri lloje nefronesh: nefronin brevae(corticala),nefronin intermedium dhe nefronin longum(juxtamedullare).

Nefronet kortikale janë më të shpeshta(75%) dhe vendosen në pjesën sipërfaqësore të korteksit ashtu që anza e Henle-ut e ketyre nefroneve nuk deperton në palcen e veshkës.

Nefronet juxtamedullare(15%) gjënden perreth palces veshkore ashtu qe anza e tyre e Henle-ut shtrihet thelë në piramiden veshkore.Keto nefrone luajnë rol vital në formimin dhe koncentrimin e urinës.

Gjatësia e një nefroni sillet diku 50-60mikrometra ,ndërsa gjatësia e plotë e të gjitha nefroneve është rreth 145km.

Sipërfaqja filtruese e të dy veshkave është 12m².

3.FUNKSIONI I VESHKAVE

Veshkat e ruajnë ujin e trupit dhe e mbajnë atë në nivel që është i nevojshëm për funksionimin normal të organizmit

Veshkët eliminojnë sasi të tepërta të ujit dhe produktet e metabolizmit duke formuar dhe koncentruar në këtë mënyrë urinën.

Rregullojnë ekuilibrin e elektroliteve dhe ekuilibrin acido-bazik në gjakë.

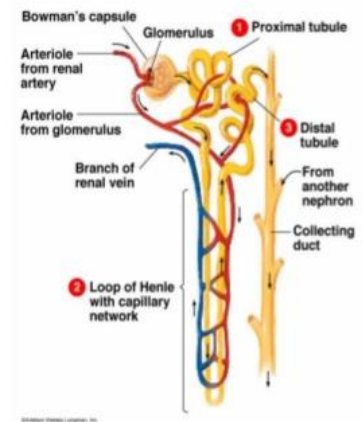
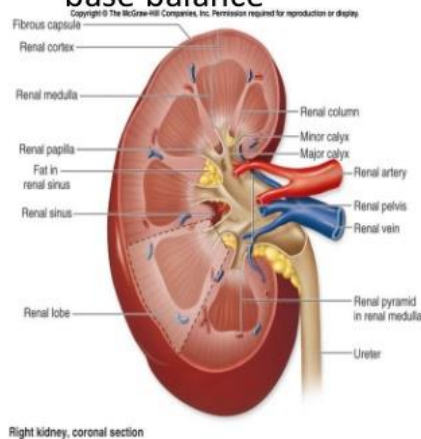
Veshka sekretion hormonet si renina, kaliekrein-kinina, prostaglandinat duke rregulluar shtypjen e gjakut.

Rregullon metabolizmin e vitaminës D, e cila ndihmon absorbimin e kalciumit .

Largon produktet e panevojshme të metabolizmit (Urea, kreatinina, acidi urik, fenolet, karbamidet, uratet)

Functions

- Removal of waste and excess water from body; Regulation of fluid, electrolyte and acid-base balance



3.Shkoza, Artan Ms, "Fiziologjia e njeriut", Shtepia botuese UFFO press, 2008

3.NEFROLITIAZA(GURËT NË VESHKA)

Nefrolitiazë(gurët në veshkë) është siç tregon vet emri paraqesin gurë që formohen në veshka që mund të jenë aq të vegjël si rërë apo aq të mëdhenjë sa madhësia e një topi tenisi.Përveq në veshka gurët mund të formohen në gjdo pjesë të traktit urinar si në ureter,vezikën urinare dhe uretrën(5)

Gurët në veshka janë në katër lloje:

Gurët calcium: Lloji më i shpeshtë i gurëve renal.Atë formohen kur kemi koncentrim të lartë të kalciumit në urinë.Formohen si rezultat i një gjëndre paratiroide hiperaktive,hiperkalcurisë trashëguese,semundjeve renale,disa tumore,sarkoidoza etj.

Gurët struvite:Janë gurë në formë briri dhe mund të shkojnë në madhësi me të mëdha,formohen në rast të prezencës së infeksionit urinar.

Gurët e acidit urik:Janë gurë më të butë se llojet e tjerë të gurëve renal.Formohen si rezultat i dietave të pasura me proteina e të varfëra me fibra.Pacientet që vuajnë nga gihti janë më të predispozuar për formimin e gurëve renal.

Gurët cystin:Formohen si rezultat i çrregullimit trashëgues-cystinuria.Janë gurët më të mëdhenjë në madhësi dhe tregojnë tendencë për rekurenca.(4)

4.<http://www.google.com/amp/s/www.practo.com/health-kidneystones>.

5.Shkoza,Artan Ms “Fiziologjia e njeriut”,Shtëpia botuese UFFO press,2008

3.1.Etiologjia

Në urinën normale janë prezente substancat inhibitore të formimit të kristaleve të cilat parandalojnë formimin e kristaleve kur në shumë raste substancat gurëformuese e tejkalojnë treshmërinë e tyre maksimale në urinë.

Personat me predispozit të shtuar për formimin e gurëve nuk kanë ndonjë çrregullim trashëgues metabolik,por ekzaminimi mikroskopik i urinës tregon prezencën e kristaleve kalciumoxalate në sasi më të madhe se në urinën e personave normal.

Faktorët predispozues për formimin e gurëve tek personat e ashtuquajtur “personat gurëformues idiopatik” përfshijnë:

- Përbërja kimike e urinës që favorizon formimin e gurëve
- Prodhimi i urinës së koncentruar si pasojë e dehidrimit në raste te banimit në klima të nxehta apo punës në mjedise me temperatura të larta.
- Zvogelimi i nivelit të inhibitorevë gurëformues në urinën normale.Në keta inhibitor bëjnë pjesë:magnesiumi inorganik,pirofosfatet,citratet,glukozaminoglukani etj.

3.2.Shkaktarët kryesorë

Dehidrimi-si pasojë e moskonsumimit të mjaftueshëm të lëngjëve apo humbjes së tyre për shkak të ndonjë semundje,banimit në vende me temperatura të larta apo punës në ambiente të nxehta.

Hiperkalcemia(niveli i lartë i kalciumit në gjakë)- nese shkalla e filtrimit glomerular është normale,hiperkalcemia gjdohëre percjellet me hiperkalcuri.Shkaqet më të shpeshta të hiperkalcemisë që qojnë në formimin e gurëve janë:hiperparatiroidizmi primar,sarkoidoza,konsumimi i vitamines D.

Hiperkalcuria(niveli i lartë i kalciumit në urinë)- Veshka është vendi kryesor për reabsorbimin e kalciumit.Çdo çrregullim në këtë proces sjell deri të prezenca e tepërt e kalciumit në urinë.Shkaktarët më të shpeshtë të hiperkalcurisë janë:hiperkalcemia,konsumimi i tepërt i kalciumit,reabsorbimi i tepërt i kalciumt nga eshtrat në rast imobilizimi të zgjatur,hiperkalcuria idiopatike.

Hiperoxaluria(niveli i lartë i oxalateve në urinë)- Defektet e lindura në metabolizmin e gluoxalateve që trashegohen në mënyrë autosomale-recesive janë shkaku kryesorë i prezencës së tepërt të oxalateve në urinë.

Hiperurikemia dhe Hiperurikosuria(niveli i lartë i acidit urik në gjak dhe urinë)-shkaktohet si rezultat i humbjes se lengjëve trupore me anë të djersitjës apo diaresë.

Infeksionet e traktit urinar- keto infeksione qe shkaktohen nga Proteus mirabilis janë pergjegjëse per formimin e gurëve infektiv ashtuqë bakteria hidrolizon uren duke formuar gurët me bazë hidroksid-amoniumi.

Cistinuria- është pergjegjëse për 1-2% të gurëve renal.

Barnat- Disa barna favorizojnë formimin e gurëve të kalciumit (diuretiket e anzës së Henleut,antacidet,glukokortikoidet,vitamina D dhe C),disa favorizojnë formimin e gurëve të acidit urik(tiazidet,salicilatet) dhe disa precipitohen brenda gurëve(indinaviri,triartereni,sulfadiazina)

3.3.SIMPTOMATOLOGJIA

Shumica e njerëzve me prezencën e gurëve renal janë asimptomatik.

Simptoma kryesore është dhimbja e cila mund të jetë therëse,shtypëse,konstante ,intermitente apo në formë kolike.

Simptoma tjera përfshijnë :

-urinë me aromë kundermuese

-urinë me ngjyrë të ndryshuar(kuqe,roze,errët apo gjakë në urinë)

-urinim i shpeshtë

-urgjenca për urinim

-ethe dhe temperatur

-nauze dhe vjellje

-dhimbje ne regjionin lumbal që perhapet në drejtim të regjionit inguinal.

Dhimbja shfaqet në formë shtrengimesh që zgjasin 20-60 minuta si rezultat i kontaksioneve peristaltike te ureterit që tenton të eliminoj gurin,ne rast të levizjes së pozicionit trupor kemi edhe intensifikimin e dhimbjes.

Lidhëshmeria embrionale e traktit urinar,traktit gastrointestinal dhe sistemit gjenital është bazë që shpjegon arsyen e perhapjes së dhimbjes në drejtim të regjionit gjenital si dhe shoqerimin e dhimbjes me nauze dhe vjellje.

3.4. Vecoritë klinike dhe diagnoza diferenciale

Varësisht nga fillimi i simptomatologjisë, dhimbja nga prezenca e gurëve në veshka është në diagnoz diferenciale me shumë semundje.

Ne rast fillimit akut të dhimbjes në diagnoz diferenciale hynë:

- Infeksionet e traktit urinar
- Prostatiti akut
- Spazma muskulo-skeletale
- Konstipacion akut apo çrregullime tjera akute të zorreve
- Rupturë e aneurizmes së aortes abdominale

Nese fillimi i simptomave është kronik intermitent në diagnoz diferenciale vijnë:

- Sëmundjet e zorrëve
- Cistiti intersticial
- Hernia inguinale
- Hiperplazioni beninjë prostatik(7)

7.<http://fpnotebook.com/mobile/Uro/Renal/Nphrlths.html>.

3.5.Diagnostikimi

Diagnostikimi i prezencës së gurëve renal bëhet duke u bazuar ne ekzaminim fizikal, teste standarde të gjakut, teste të urinës dhe ekzaminimin imazherike.

Testet e gjakut perfshijnë: testet per kalcium, fosfor, acid urik, elektrolitet si dhe urean dhe kreatininen për të vleresuar funksionin renal.

Testet urinare për detektimin e kristaleve, bakterieve, gjakut dhe leukociteve

Ekzaminimin e gurëve që eliminohen për të percaktuar tipin e tyre.

Ekzaminimet që perdoren për të perjashtuar obstruksin përfshijnë:

- Rentgen i abdomenit
- Pielogrami intravenoz
- Pielogrami retrograd
- Ultrazëri i veshkave
- CT e veshkave
- MRI e abdomenit dhe veshkave

Kontrasti që perdoret në ekzaminimin me CT dhe Pielogramin Intravenoz mund të ndikoj në funksionin e veshkave. Sidoqoftë tek personat me funksion normal nuk paraqet ndonjë problem.

8.<http://www.healthline.com/health/kidney-stones#diagnosis>

3.6.TRAJTIMI

Personat me anamnezë pozitive për gurë renal keshillohen të konsumojnë sasi të mëdha të ujit në menyrë që me shumë se dy litra urinë të prodhohen brenda dite.

Nese kjo masë nuk është mjaftueshëm efektive atëherë administrohen barna si:diuretiket tiazid,citratet dhe alopurinoli.

Prezenca shoqeruese e infeksionit urinar kerkon perdorimin e antibiotikëve.

Ne rast të prezencës së dhimbjeve duhet të jipet analgjezioni adekuat.

Gurët me të vegjël se 0.5cm eliminohen në mënyre spontane.

Gurët me të mëdhënjë se 1 cm intervenim kirurgjikal apo radiologjik.

Metodat më te perhapura janë litiotripsia dhe nefrolitiotomia perkutane.

3.7.INCIDENCA

Prevalenca e gurëve në veshka në popullaten e përgjithshme është rritur në 70% në 30 vitet e fundit.

Incidenca më e lartë e gurëve renal sipas moshës i përgjigjet moshës 40-49 vjeçare, me numër më të madh të rasteve tek gjinia mashkullore në raport me femrat 2:1

Kjo rritje e incidencës së rasteve me gurë renal është e nderlidhur me bashkëveprimin e faktorëve gjenetik dhe atyre ambiental.

3.8.MORTALITETI

Shkalla e mortalitetit tek pacientë me gurë renal sot fal metodave diagnostikuese dhe trajtuese është në shkallë më të ulët.

Por për shkak të lidhshmërisë së prezencës së gurëve renal me paraqitjen e shumë sëmundjeve kronike si hipertensioni, diabeti mellitus, sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet renale kronike që karakterizohen me shkallë të lartë të morbiditetit dhe mortalitetit, duhet merren masa parandaluese dhe trajtuese që shkalla e mortalitetit nga komplikimet si pasojë e prezencës së gurëve renal të jetë gjdoherë e më e vogël.

3.9.PARANDALIMI

Masë adekuate për parandalimin e formimit të gurëve renal është hidratimi adekuat.Zevendesimi i lengjeve të frutave dhe pijeve të gazuara me ujë ndihmon shumë në arritjen e këtij qëllimi

Nese gurët janë si rezultat i niveleve të ulëta të citrateve,lengjët me përmbajtje citroni mund të prevenojnë formimin e këtyre gurëve.

Duke ngrënë ushqimet e pasura me oxalate dhe reduktuar konsumimin e kripës dhe proteinave shtazore ulet dhe rreziku për prezencen e gurëve.

4.QELLIMI I PUNIMIT DHE OBJEKTIVAT

Qellimi i këtij punimi është prezantimi i incidencës së rasteve me nefrolitiazë në Spitalin Rajonal “Daut Mustafa” në Prizren në intervalin kohorë Janar-Qershor 2018

Ky punim njehërësh ka për qëllim ti vlerësoj nevojat fizike dhe psiqike të pacientëve të diagnostikuar me nefrolitiazë,në menyrë që të bëhët një qasje adekuate ndaj ketyrë pacientve,për të cilet prezenca e kesaj simptomatologjie mund të këtë pasoja fizike dhe psiqike por te dergoj edhe drejt ndryshimeve irreversible në statusin shendetësor dhe atë social të pacientit.

Objektivi

- Incidenca e rasteve me nefrolitiazë në intervalin kohorë Janar-Qershor 2018
- Ndikimi i moshës dhe gjinisë në incidencen e sëmundjës
- Simptomat më të shpeshta prezente
- Klasifikimi i shkaktarëve kryesorë

4.1.Materiali dhe metodat e punës

Dizajni i punimit:hulumtim deskriptiv,kuantitativ

Të dhënat për këtë punim janë grumbulluar në Spitalin Rajonal të Prizrenit.Nga protokoli ambulator i repartit të Urologjisë,janë mbledhur të dhënat për 28 pacientë të semurë me nefrolitiazë në periudhën kohore Janar-Qershor 2018.Në librin e protokolit ekzistojnë vetëm të dhënat demografike të pacientëve si mosha,gjinia,vendbanimi dhe diagnoza.

Pas analizimit të të dhënave në Microsoft Office Excel 2010,rezultatet janë prezantuar përmes tabelave dhe grafikoneve,të cilat janë klasifikuar sipas moshës,gjinisë dhe vendbanimit.

5.REZULTATET E HULUMTIMIT

Nga libri i protokolit të pacientëve në ambulancën specialitike të repartit të Urologjisë janë mbledhur të dhënat për 28 pacientë me nefrolitiazë për periudhën kohore Janar-Qershor 2018.

Prej 28 pacientëve,18 pacientë janë femra(64.28%),kurse 10 janë meshkuj (35.72%)

Tabela 1. Në këtë tabelë janë paraqitur rastet e ekzaminuara.Prej 28 rasteve 18 raste(64.28%) kanë qenë femra,kurse 10 raste(35.72%) kanë qenë meshkuj.

Gjinia	Numri	%
Meshkuj	10	35.72%
Femra	18	64.28%
Gjithsejë	28	100.00%

Grafikoni 1.Paraqitja grafike e rasteve me nefrolitiazë sipas gjinisë(N=28)

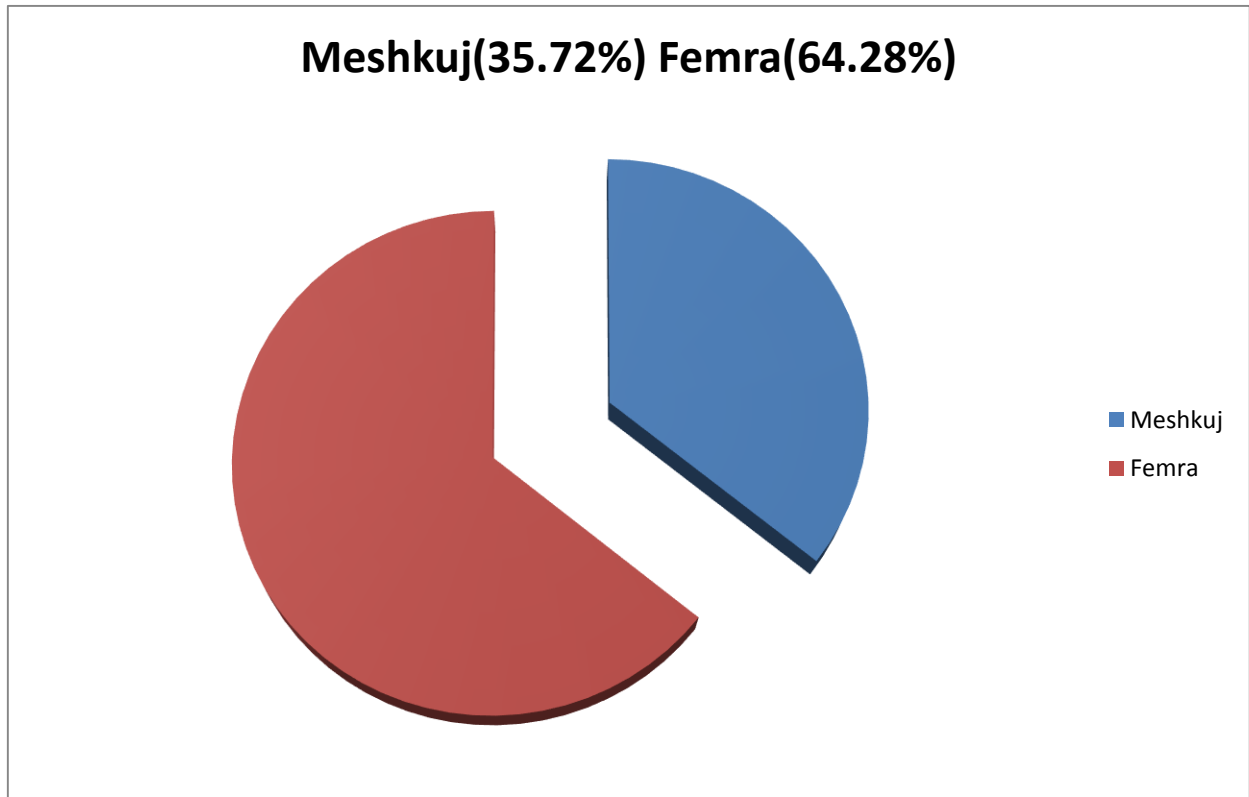


Tabela 2. Grup-mosha e pacientëve me nefrolitiazë sipas gjinisë dhe moshës gjatë periudhës Janar-Qershor 2018. Sipas hulumtimit 9(32.14%) raste i takonin grupmoshave 20-40 vjeçare, 17(60.71%) raste i takonin grupmoshave 40-60 vjeçare dhe 2 (7.15%) raste i takonin grupmoshave mbi 60 vjeçare

Grupmosha	Gjinia				Gjithsejë	
	Meshkuj	%	Femra	%	N	%
20-40 vite	4	14.28%	5	17.85%	9	32.14%
40-60 vite	5	17.85%	12	42.86%	17	60.71%
mbi 60	1	3.57%	1	3.57%	2	7.15%

Grafikoni 2.Pasqyra grafike e rasteve me nefrolitiazë sipas grup-moshave (N=28)

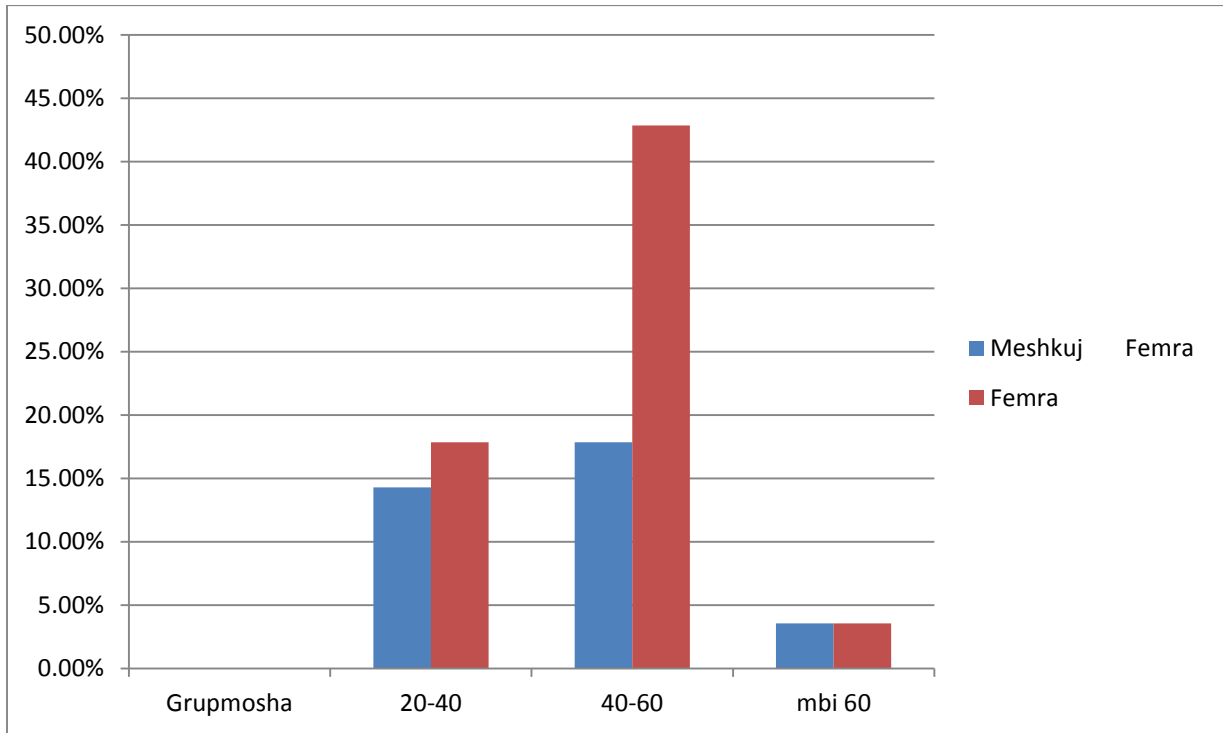
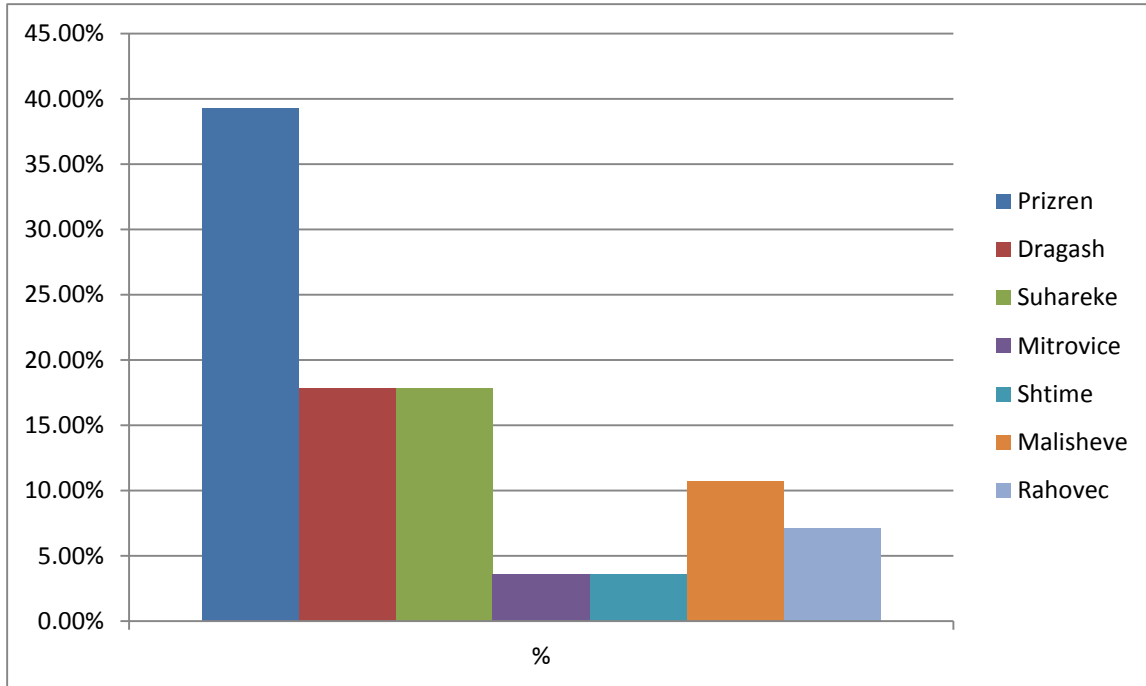


Tabela 3. Në këtë tabelë janë paraqitur rastet me nefrolitiazë sipas vendbanimit. Sipas hulumtimit nga 28 raste të paraqitura ishin nga: Prizreni 11(39.28%)raste, Dragashi 5(17.85%)raste, Suhareka 5(17.85%)raste, Mitrovica 1(3.57%)raste, Shtime 1(3.57%)raste, Malisheva 3(10.71%)raste dhe Rahoveci 2(7.14%)raste.

Vendanimi	Numri	%
Prizren	11	39.28%
Dragash	5	17.85%
Suhareke	5	17.85%
Mitrovica	1	3.57%
Shtime	1	3.57%
Malisheve	3	10.71%
Rahovec	2	7.14%

Grafikoni 3. Paraqitja grafike e rasteve me nefrolitiazë sipas vendbanimit (N=28)



6.KUJDESI INFERMIEROR TEK PACIENTET ME NEFROLITIAZË

Detyrë kryesore e infermierit është që të ketë njohuri dhe aftësi profesionale të mjaftueshme lidhur me shenjat klinike,diagnostikimin dhe mjekimin e kësaj sëmundje.

Infermieri/infermierja duhet të tregojë gatishmëri që ti del në ballë nevojave të pacientit,të ofrojë kujdes dhe ndihmë,për të ruajtur dhe për të përmirësuar shëndetin e mirëqenien e pacientit.Arritja e qëllimeve të infermierit bëhet përmes këtyre hapave:

- 1.Vlerësim Infermieror**
- 2.Diagnoza Infermierore**
- 3.Planifikimi Infermieror**
- 4.Zbatimi Infermieror**
- 5.Vlersimi i arritjeve**

6.1.1.Vlerësimi fillestar:

Të dhënat objektive:H.R(mashkull)-44vjeç,të vjella,lodhje dhe plogështi,shqetësim i shprehur,pozitë e detyruar trupore.

Shenjat vitale:

-HTA:180mmHG-100mmHG

-Pulsi:100 herë/min.

-Respiracione:24 res/min.

-Temperatura:39-40 C

6.1.2.Të dhënat subjektive:Nauze,vështirësi për të urinuar,ndryshime në sasin e urines,dhëmbje abdominale,gjendje mendore e ndryshuar.

6.1.2.Të dhënat aktuale:Hipertension,takikardi,oligouri,hematuria,frymarrje e shkurtër dhe e shpejtuar,temperature e rritur trupore.

6.1.3.Të dhënat historike:Hipertension,infeksione të lehta urinare.Pacienti po ashtu është konsumues i duhanit dhe alkoolit

6.2.Diagnoza infermierore

Analizimi i të dhënave e ndihmon infermierin/infermieren të identifikoj diagnozën infermierore si:

- Çrregullimet në vetkonceptimin lidhur me ankthin.
- Ndryshime në gjendjen e të ushqyerit.
- Anksiozitetin lidhur me rezultatet dhe ambientin spitalor.
- Ndryshime në komfort si pasojë:e dhëmbjes, nauzes, së vjellave,diarresë si rrjedhojë e një inflamimi sekondar nga irritimet e kalkulave dhe spazmat që shkaktohen.
- Shtypje e rritur e gjakut.
- Puls i shpejtuar si pasojë e stresit
- Temperatur e rritur trupore si shkakë i infeksioneve.

Si infermier/infermiere është e rëndësishme që të kemi njohuri rreth testeve egzaminuese që mund ti ordinojë mjeku.

- RTG-abdomenit,IVP(pelogrami intravenoz)- infermieri/infermiera duhet të ketë të dhëna nese pacienti është alergjikë në iodine,nëse është apo mund të jetë shtatëzënë,nëse ushqen femijën me gji,ka funksion te çrregulluar renal,apo merr metformin.
- Testet e urinës-infermieri/infermierja duhet të ruaj mostren e urinës në të ftohtë për 24 orë,nëse nuk ruhet në të ftohtë mund të ndryshojë vlerat e rezultateve.

6.3. Planifikimi infermieror

Varësisht prej diagnozes përcaktohen objektivat për ndërhyrje infermierore dhe përcaktohen planet e kujdesit infermieror.

Planet e kujdesit infermieror përfshinë kujdesin për:

- Dhëmbjen akute
- Eliminimin e urinës patologjike
- Rrezikun për volumin e eliminuar të lëngjeve
- Diturinë e mangët.(9)

<i>Intervenimi Infermieror</i>	<i>Arsyetimi</i>
Percaktimi dhe shënimi, kohëzgjatja dhe intensiteti i dhëmbjes. Dokumentim i shenjave si psh. Puls i shpejtuar, shqetësim, përgjumje, djersitje.	Analizë për të vlerësuar vendin e pengimit dhe progresin e lëvizjes së gurit. Dhimbja anësore sugjeron se gurët janë në zonën e veshkave. Dhimbja e papritur dhe e ashpër mund të shkaktojë shqetësim e ankth të rëndë.
Justifikim dhe sqarim i shkakut të dhimbjes dhe njoftim i personelit përgjegjes kujdestar për ndryshimet në dukurinë dhe karakteristikat e dhimbjes.	Ofron mundësi për administrimin në kohë të analgjetikëve (e dobishme në rritjen e aftësisë përballuese të pacientit dhe reduktim të ankthit) dhe këshillon kujdestarët për mundësinë e kalimit të gurit dhe komplikimet në zhvillim. Ndërprerja e menjëhershme e dhimbjes zakonisht tregon kalimin e gurit.
Ofrimi i kushteve të rehatshme (prapa shpinës, mjedis çlodhës)	Nxit relaksim, zvogëlon tensionin e muskujve dhe rrit përballimin.
Nxitje e pacientit për përdorimin e frymarrjes së fokusuar dhe aktivitete të ndryshme.	Ndihmon në relaksim të muskujve.
Ndihmesë me ambulim të shpeshtë siç tregohet dhe rritje të marrjes së	Kolika renale mund të jetë më keq në pozicionin shtrirë. Hidratimi i fuqishëm

lëngjeve 3-4L në ditë mbrenda tolerances kardiake.	nxit kalimin e gurit, pengon pezullimin e urinës dhe ndihmonë në parandalimin e formimit të mëtejshëm të gurit.
Raporte të dokumentuara të dhimbjes së rritur dhe të vazhdueshme të barkut.	Bllokimi i plotë i ureterit mund të shkaktojë shpime dhe ekstravazim të urinës në hapësirën perirenale. Kjo paraqet një emergjencë akute kirurgjikale.
Aplikim i fasha të ngrohta.	Heq tensionin e muskujve dhe mund të reduktojë spazmat refleksive.
Kontrollo dhe mbaj gjurmën e kateterit kur përdoret.	Parandalon zbrazjen ose mbajtjen e urinës, zvogëlon rrezikun e rritjes së presionit të veshkave dhe infeksionit.

6.4.Zbatimi infermieror

Kjo është faza e fundit e kujdesit infermieror ku infermieri/infermierja zbaton në përpikëmeri të gjitha detyrat e tij/saj pas vlerësimit të detajizuar të pacientit nga ana e tij/saj dhe mjekut.

Së pari pacienti i kryen të gjitha analizat laboratorike, Rtg të abdomenit, Ultrazë të veshkave të gjitha këto sipas përshkrimit të mjekut.

Aplikohet terapia e ordinuar nga mjeku dhe gjatë çdo intervenimi mjekësor infermieri/infermierja duhet ti asistoj mjekut.

Një rëndësi mjaftë të madhe ka edhe edukimi shëndetësor i pacientit si :konsumimi i sasive më të medha të lëngjëve dhe moskonsumimi i ushqimeve të caktuara që janë faktorë ndikues në formimin e gurëve renal.

6.5.Vlerësimi përfundimtar i rastit

Në fund të hospitalizimit vërehet përmirësimi i gjendjes shendetësore të pacienteve,ku 23 prej pacienteve i nënshtrohen intervenimit kirurgjikal dhe 5 prej tyre trajtohen në mënyre konservative.

- Kemi arritur të qetësojmë dhimbjet tek pacienti permes intervenimit dhe terapisë
- Kemi asistuar në aplikimin në kohë të terapisë ditore
- Pacienti ka marrë një shpjegim të qartë të sëmundjes,si të trajtoj dhe si të jetojë më sëmundjen.
- Kemi vlerësuar për efektet anësore të medikamenteve-ankth,takikardi,disritmi të zemrës,hipertension etj.
- Me asistencën tonë kemi arritur të bëjmë një mobilizim adekuat për pacientin

7.DISKUTIMI

Rezultati i moshës mesatare prej 45-60vjeç është një rezultat i fituar gjatë hulumtimit dhe kjo tregon se moshat mesatare janë të rrezikuara nga nefrolitiazat, por pa i përjashtuar edhe moshat më të vjetra.

Grafiku 1. Tregon se rasti më i madh i rasteve me nefrolitiazë është tek femrat për 28.56%. Prej 28 rasteve 18 pacientë (64.28%) ishin femra, kurse 10 pacientë (35.72%) ishin meshkuj.

Grafiku 2. Të dhënat tregojnë se përqindja më e lartë e rasteve me nefrolitiazë janë grup-moshat 40-60 (60.71%) vjet, kurse përqindja më e ulët ju takon grup-moshave mbi 60 (7.15%) vjet. Gjatë hulumtimit vërehet se rastet me nefrolitiazë janë më të shpeshta tek moshat mesatare.

Grafiku 3. Tregon se pacientet me nefrolitiazë në repartin e Urologjisë vijnë nga 7 vendbanime të paraqitura në kolona, përqindjen më të lartë të rasteve e ka Prizreni (39.28%), Dragashi, Suhareka (17.85%), Malisheva (10.71%), Rahoveci (7.14%), ndërsa përqindjen më të ulët e kanë Shtimja dhe Mitrovica (3.57%).

8.REKOMANDIMET

Personeli infermieror duhet të tregojë kujdes të vecantë në parandalimin dhe menagjimin e rasteve me nefrolitiazë si dhe mos të neglizhojë asnjë procedurë në trajtimin e këtyre rasteve.

- Gjëja më e thjeshtë që mund të bëjë secili është të bëjë një ekzaminim të thjeshtë të urinës dhe një ekzaminim ultrasonografik të barkut.
- Personat me prezencë të gurit në veshka duhet të konsumojnë sasi sa më të mëdha të ujit ,për të lehtësuar eliminimin e gurit.
- Pacientët duhet të mbajnë dieta të caktuara për të zvogluar apo rritur marrjen e sasisë së ushqimeve që ndikojnë në formimin e gurëve.
- Pacientët me hipertension shoqërues duhet të mbajnë nën kontrollë vlerat e tensionit,të kenë kujdes me dietën dhe aktivitetin fizik,pasi të gjitha këto ngadalsojnë progresionin në sëmundje renale kronike

9.CV E STUDENTEVE

CV e shkurtër e kandidatit-Të dhënat personale	
Emri dhe Mbiemri:	Gjylshah Molliqaj
Datëlindja:	28.03.1997
Kombësia:	Shqiptare
Vendlindja:	Deçan
Vendbanimi:	Llukë e Epërme-Deçan
Tel:	+ 386 49-862-936
Email:	gjyli.molliqaj@hotmail.com
Shkollimi i mësem:	SH.M.Mjekësis-Pejë-Stomatologji
Shkollimi i lartë:	Universiteti i Gjakovës-Fehmi Agani
Dega:	Infermieri e përgjithshme
Periudha e përfundimit të universitetit	2018

CV e shkurtër e kandidatit-Të dhënat personale	
Emri dhe Mbiemri	Alma Krasniqi
Datëlindja	21.01.1996
Kombësia	Shqiptare
Vendlindja	Prizren
Vendbanimi	Prizren
Tel:	+386 49 862 936
Email:	alma.krasniqi95@outlook.com
Shkollimi i mësem:	SH.M.M-Luciano Motroni-Prizren-Mjekësi e Pergjithshme.
Shkollimi i lartë	Universiteti i Gjakovës-Fehmi Agani
Dega:	Infermieri e përgjithshme
Periudha e përfundimit të universitetit:	2018

10.LITERATURA

P.Kumar,M.Clark"Clinical Medicine"Toronto,2012

A.Vela,"Anatomia e njeriut,Abdomeni"Prishtinx,2000

A.Shkoza,"Fiziologjia e njeriut",Shtepia botuese UFFO press,2008

<http://www.google.com/amp/s/www.practo.com/health-kidneystones>

<http://fpnotebook.com/mobile/Uro/Renal/Nphrlths.html>

<http://www.healthline.com/health/kidney-stones#diagnosis>

www.nurseslabs.com