



# **MANUAL**

**PROCEDURAT STANDARDE INFERMIERORE PËR  
OFRIMIN E KUJDESIT SHËNDETËSOR NË BANESË**



# MANUAL

**PROCEDURAT STANDARDE INFERMIERORE PËR  
OFRIMIN E KUJDESIT SHËNDETËSOR NË BANESË**

Manuali është hartuar nga ekipi i Shoqatës së Kujdesit Shëndetësor Familjar:

**Irena LASKA**, Infermiere familje

**Gerla KOLECI**, Mjeke familje

**Romina NELI**, Infermiere familje

**Vasien XHELILI**, Infermier familje

**Marinela LAKO**, Infermiere familje

**Anxhela QIRINXHI**, Punonjëse sociale

*Përmbajtja e manualit (përfshirë fotot ilustruese të përdorura) është përgjegjësi e hartuesve të tij dhe në asnjë rast nuk do të konsiderohet përgjegjësi e SDC ose HAP.*

**Manuali “Procedurat infermiere për ofrimin e kujdesit shëndetësor në banesë” është hartuar me mbështetjen e “Shëndet për të Gjithë”, një projekt i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC.**

---

# PËRMBAJTJA

Hyrje	4
1. Vlerësimi infermieror i pacientit	5
2. Udhëzues për vlerësimin infermieror nga koka tek këmbët për të rritur	8
3. Matja dhe monitorimi i shenjave jetësore	11
4. Monitorimi i glicemisë	19
5. Administrimi i medikamenteve	22
6. Administrimi i Injeksioneve Intramuskulare/Subcutane/Intradermale	28
7. Venipunktura (marja e gjakut venoz për analizë)	33
8. Kateterizimi intravenoz	36
9. Injektimi subkutan i insulinave me anë të penave të insulinës	39
10. Vlerësimi dhe kujdesi për plagët nga presioni (dekubituset)	41
11. Nebulizatori	45
12. Aspirimi Oral	48
13. Aspirimi nazofaringeal	52
14. Kateterizimi urinar	56
15. Testi i shpejtë i urinës	61
16. Administrimi i oksigjenit	68
17. Trakeostomia	73
18. Vendosja e tubit nazo-gastrik	84
19. Elektrokardiografia	90
20. Kujdesi infermieror në trajtimin e Lymphedemës	94
21. Kujdesi për plagët malinje	99
22. Ushtrimet e frymëmarrjes	104
23. Kryerja e ushtrimeve bazë nga personat me lëvizshmëri të kufizuar	108
24. Kujdesi për kavitetin oral	113
25. Banja/larja e pacientit në shtrat	117
26. Kujdesi për thonjtë e duarve dhe të këmbëve	121
27. Klizma dhe procedura e aplikimit	124
28. Dezinfektimi, pastrimi dhe sterilizimi i instrumentave	128
29. Vlerësimi i nevojave për kujdes nga shërbimet sociale	131
30. Masat parandaluese për kontrollin e infeksionit gjatë vizitës në shtëpinë e pacientit	134
Referencat	138
Anekset	143

---

## HYRJE

Projekti “Shëndet për të Gjithë” i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC, ka punuar me partnerët dhe autoritetet e kujdesit shëndetësor parësor në Shqipëri për krijimin e një modeli të shërbimeve të kujdesit shëndetësor në banesë, të përshtatur me specifikat e zonave rurale dhe urbane të vendit. Aktualisht, ky model po pilotohet në 4 QSH në qarkun Dibër dhe 4 QSH në qarkun Tiranë me synim përshkallëzimin në nivel kombëtar.

Shërbimet e kujdesit shëndetësor në banesë janë kujdes shëndetësor i ofruar nga ekipet e mjekësisë familjare, për të moshuarit dhe të sëmurët kronikë në faza të avancuara të sëmundjes, të cilët e kanë të pamundur të marrin shërbimin pranë qendrës shëndetësore ose ambulancës. Këto shërbime përfshijnë menaxhimin e problemeve të zakonshme dhe sigurojnë qasje për kujdes shëndetësor efektiv dhe efikas duke i ndihmuar këta individë të jetojnë me më shumë pavarësi duke promovuar nivelin optimal të mirëqënies së tyre shëndetësore.

Një rol të rëndësishëm në ofrimin e kujdesit shëndetësor në banesë luajnë infermierët të cilët bëjnë vlerësimin dhe rivlerësimin e rregullt dhe të vazhduar të pacientëve në banesat e tyre. Nëpërmjet këtij shërbimi, ata vlerësojnë çdo situatë dhe problem të pacientëve dhe së bashku me mjekët vendosin për ndërhyrje dhe manipulime të ndryshme të cilat sigurojnë rehati dhe cilësi jete për pacientët.

Ky manual është hartuar nga një ekip i përbërë nga mjekë e infermierë familje dhe punonjës socialë dhe u shërben profesionistëve të shëndetit, kryesisht infermierëve që ofrojnë shërbim infermior në banesë, në aftësimin për kryerjen e procedurave infermiore me më shumë kompetencë dhe profesionalizëm. Më konkretisht, ai përmban informacione të dobishme për infermierët teksa monitorojnë shëndetin e pacientëve, kujdesen për parandalimin dhe mjekimin e plagëve, administrimin e medikamenteve, kryerjen e testeve, ushqyerjen enterale dhe parenterale, matjen e parametrave vitale si dhe procedura dhe manipulime të cilat lehtësojnë problemet e pacientëve dhe sigurojnë rehatinë e tij.

Si i tillë, manuali “Procedurat infermiore për ofrimin e kujdesit shëndetësor në banesë”, synon të ndihmojë infermierët në aftësimin e tyre në ofrimin e një shërbimi më cilësor dhe me standarte dhe si rrjedhojë, më shumë cilësi jete për pacientët në nevojë.

Qershor 2021

# VLERËSIMI INFERMIEROR I PACIENTIT

Vlerësimi infermieror është një metodë sistematike dhe racionale e planifikimit dhe dhënies së kujdesit infermieror. Ai është një proces ciklik, komponentët e të cilit ndjekin një linjë logjike.

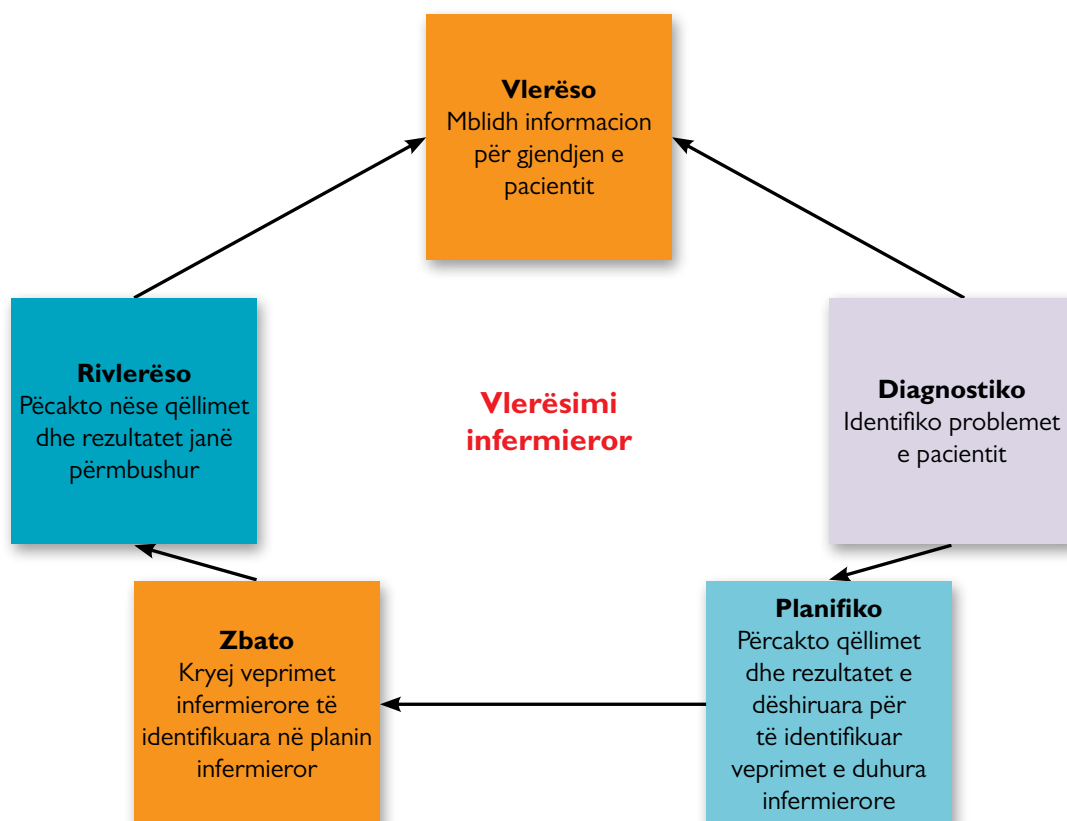
## Qëllimi i vlerësimit infermieror:

- Të identifikojë gjendjen shëndetësore të pacientit dhe problemet aktuale apo potenciale të shëndetit,
- Të hartojë planin e kujdesit

- Të kryejë të gjitha ndërhyrjet infermierore sipas nevojave të pacientit
- Të planifikojë rivlerësimin e vazhduar të pacientëve.

## Komponentët e vlerësimit infermieror janë:

1. Vlerësimi
2. Vendosija e diagnozës infermierore
3. Planifikimi
4. Zbatimi i planit (Ndërhyrja)
5. Rivlerësimi



**1. Vlerësimi** infermieror është subjektiv dhe objektiv dhe konsiston në mbledhjen sistematike dhe të vazhdueshme të të dhënave, organizimin dhe përdorimin e tyre dhe më pas dokumentimin e informacionit duke e krahasuar me formën standarde. Të gjitha fazat e procesit të vlerësimit infermieror varen nga mbledhja e saktë dhe e plotë e të dhënave.

Vlerësimi nuk përfshin vetëm të dhënat fiziologjike, por edhe ato psikologjike, socialkulturore, shpirtërore dhe ekonomike si dhe faktorët e mënyrës dhe stilit të jetesës.

#### **Qëllimi i vlerësimit është:**

- Të krijojë një bazë të dhënash të pacientëve
- Të identifikojë sjelljet që promovojnë shëndetin
- Të identifikojë problemet aktuale dhe/ose potenciale shëndetësore

#### **Llojet e vlerësimit janë:**

- Vlerësimi i fillestar
- Vlerësimi me fokus tek problemi shëndetësor
- Vlerësimi i emergjencës
- Vlerësimi në një kohë të mëvonshme

#### **Hapat e vlerësimit infermieror janë:**

- a) Mbledhja e të dhënave bëhet me anë të vëzhgimit, intervistimit të pacientit dhe ekzaminimit të tij.
- b) Organizimi i të dhënave nëpërmjet përdorimit të një formati të shkruar ose të kompjuterizuar në të cilin infermieri grumbullon të dhënat nga vlerësimi në mënyrë sistematike.
- c) Përdorimi i të dhënave i cili është veprimi i kontrollit të dyfishtë ose verifikimi i tyre për të konfirmuar nëse ato janë të sakta dhe të faktuara.
- d) Dokumentimi i të dhënave të cilat duhet të raportohen dhe të ruhen në mënyrë të saktë dhe të plotë pasi përbëjnë informacion për të gjithë skuadrën e kujdesit.

**2. Diagnoza infermierore,** është gjykimi klinik i infermierit për reagimin e pacientit ndaj problemeve dhe nevojave aktuale apo potenciale shëndetësore. Diagnoza infermierore reflekton jo vetëm nëse pacienti ka dhimbje por edhe probleme të tjera që ka

shkaktuar dhimbja si ankthi, kequshqyerja, konflikte brenda familjes apo edhe potencialin që ka dhimbja për të shkaktuar komplikacione si: infeksione respiratore tek pacienti i imobilizuar etj. Diagnoza i paraprin planifikimit infermieror të kujdesit.



**3. Planifikimi** bazohet tek vlerësimi dhe diagnoza infermierore në bazë të të cilave infermieri cakton qëllimet e matshme afatshkurtra dhe afatgjata si p.sh; lëvizja e pacientit nga shtrati në karrige 3 herë në ditë; ushqyerja e duhur duke ngrënë vakte të vogla por më të shpeshta; zgjidhja e konflikteve brenda familjes përmes këshillimit, ose menaxhimi i dhimbjes me medikamentet e duhura. Të dhënat nga vlerësimi, diagnoza infermierore dhe qëllimet e kujdesit shkruhen të gjitha në planin e kujdesit për pacientin në fjalë, kështu që të gjithë anëtarët e skuadrës të kujdesit të mund të kenë akses në to.



**4. Zbatimi i planit të kujdesit** i përmbahet pikë për pikë planit të hartuar duke siguruar vazhdimësinë e kujdesit, në mënyrë që pacienti të arrijë rezultatet dhe qëllimet e këtij plani për mirëqënie, shërim dhe rikthim të funksioneve jetësore. Kujdesi dokumentohet në kartelën e pacientit.

**5. Rivlerësimi** bëhet si për gjendjen e pacientit ashtu edhe për efektivitetin e kujdesit infermieror në mënyrë që plani i kujdesit të modifikohet sipas nevojave të pacientit.

**Përfitimet nga vlerësimi infermieror:**

- Vazhdimësia e kujdesit
- Parandalimi i përsëritjeve
- Kujdes i individualizuar
- Ruajtja e standardve të kujdesit
- Rritje e pjesëmarrjes së pacientit
- Bashkëpunim në kujdes.



## 2

# UDHËZUES PËR VLERËSIMIN INFERMIEROR NGA KOKA TEK KËMBËT PËR TË RRITUR

Gjatë vizitës së parë të pacientit në banesë, kryhet procesi i vlerësimit të përgjithshëm infermieror nga koka tek këmbët.

Vlerësimi infermieror nga koka te këmbët është një proces gjithëpërfshirës që vlerëson të gjitha sistemet kryesore të organizmit (nga “koka te këmbët”).

Më poshtë është një udhëzues për vlerësimin e përgjithshëm infermieror nga koka tek këmbët për të rritur.

### Mjetet e vlerësimit

Drita e xhepit, Sfigomanometri, Termometri, Spatula e gjuhës, Stetoskopi, Otoskop

### Shenjat vitale, statusi dhe treguesit neurologjikë

- Orientuar x 3
- Vlerësoni temperaturën
- Matni presionin e gjakut
- Vlerësoni rrahjet e zemrës
- Vlerësoni shpejtësinë e frymëmarrjes
- Gjatësia dhe pesha

### Koka/Fytyra

- Kontrolloni shpërndarjen dhe gjendjen e flokëve
- Kontrolloni skalpin e kokës për gunga, pika, leziona, plagë nga presioni etj
- Palponi kokën për butësi
- Kontrolloni për lëvizjet simetrike të fytyrës
- Vlerësoni ndjesinë e mprehtë dhe të shurdhër në fytyrë

### Sytë

- Vlerësoni simetrinë
- Kontrolloni gjendjen e konjuktivës
- Kontrolloni sklerën
- Vlerësoni gjendjen e kornesë së pacientit
- Vlerësoni shikimin e pacientit me Listat Snellen

### Veshët

- Kontrolloni dhe prekni veshin për leziona, ndjeshmëri
- Shikoni brenda veshit; vlerësoni shkarkimin e veshit (likide dhe cerum) dhe membranën timpanike
- Vlerësoni dëgjimin e pacientit me testin e pëshpëritjes

### Hundë

- Palponi hundën dhe vlerësoni simetrinë
- Kontrolloni septumin
- Kontrolloni brenda vrimat e hundës
- Verifikoni që pacienti mund të marrë frymë përmes secilës vrimë hunde
- Verifikoni se nuhatja e pacientit është e paprekur
- Palponi sinuset

### Goja dhe Gryka

- Lagështia dhe ngjyra e buzëve
- Kontrolloni dhëmbët dhe mishrat e dhëmbëve
- Vlerësoni mukozën dhe qiellzën bucale për myk, afte, skuqje etj
- Kontrolloni gjuhën
- Shikoni uvulën
- Shikoni bajamet

- **Qafa dhe Supet**
- Kontrolloni lëvizjen e qafës
- Kontrolloni ngritjen e supeve me rezistencë
- Palponi nyjet limfatike të kokës, fytyrës dhe qafës
- Palponi qafën dhe trakenë
- **Mushkëritë dhe toraksi**
- Dëgjoni tingujt e mushkërive anteriorisht dhe posteriorisht
- Vlerësoni nivelin e frymëmarrjes
- Vlerësoni lakimin e shtyllës kurrizore
- Pyesni për kollitjen, çështjet e frymëmarrjes

### **Sistemi kardio-vaskular**

- Palponi arterien karotide dhe arterien temporale në mënyrë bilaterale
- Dëgjoni rrahjet e zemrës dhe valvulat e zemrës

### **Sistemi gastrointestinal**

- Kontrolloni barkun
- Dëgjoni katër kuadrantë të barkut për tingujt të zorrëve
- Palponi katër kuadrantë të barkut për dhimbje / ndjeshmëri
- Pyesni për problemet me zorrën ose vezikën urinare

### **Krahët dhe duart**

- Vlerësoni diapazonin e lëvizjes dhe forcës në krahë / duar
- Kontrolloni të gjithë pulset në krahë
- Kontrolloni turgorin e lëkurës

### **Këmbët dhe kërcinjtë**

- Vlerësoni diapazonin e lëvizjes dhe forcës në këmbë dhe kyçe
- Kontrolloni pulsimit e këmbëve dhe kërcinjve
- Vlerësoni ecjen

### **Sistemi gjenito-urinar**

- Kontrolloni qimet pubike për morra dhe thërija
- Kontrolloni për ndjeshmëri, gunga, lezione

### **Kontrolli i gjirit**

- Palponi gjinjtë

## **4 PARIME TË PËRGJITHSHME PËR VLERËSIMIN INFERMIERISË KOKË – KËMBË**

Këtu janë katër parime të përgjithshme që duhet të mbani mend gjatë kryerjes së vlerësimit nga koka te këmbët.

### **# 1: Dokumentacioni është i rëndësishëm**

Mos harroni se dokumentacioni i vlerësimit kokë më këmbë është një pjesë kritike e procesit. Nëse nuk i shkruani gjetjet tuaja, nuk do të mbani mend të gjitha për të përkthyer nevojat e pacientit në një plan gjithëpërfshirës të kujdesit? Shumë njerëz përdorin formular me listat e kontrollit të vlerësimit infermieror në banesë për t'u siguruar që kujtojnë gjithçka dhe për të dokumentuar rezultatet e pacientit.

### **# 2: Komunikoni gjatë gjithë kohës**

Sigurohuni që të komunikoni qartë me pacientin gjatë gjithë vlerësimit. Gjithmonë pyesni para se të filloni të prekni pacientin dhe shpjegoni se çfarë po bëni ndërsa e bëni. Për më tepër, pyesni pacientin se si janë ndjerë. Ata janë ekspertë të trupit të tyre!

### **# 3: Vëzhgoni Simetrinë Bilaterale**

Në përgjithësi, organizmi i njeriut është dypalësh simetrik (d.m.th., ana e majtë është e njëjtë me anën e djathtë). Kur jeni duke ekzaminuar një pacient, shënoni ndonjë asimetri të pazakontë. Nëse një pacient është më i dobët në një anë se tjetra, ose ka hapësirë të kufizuar të lëvizjes, ose njëra anë duket e çalë ose ndryshe ndryshe nga pala tjetër, mund të ketë një çështje themelore neurologjike ose muskuloskeletore.

### **# 4: Vlerësoni lëkurën gjatë gjithë kohës**

Lëkura është një barometër i shkëlqyeshëm i shëndetit të përgjithshëm. Vini re nëse lëkura e pacientit duket jashtëzakonisht e zbehtë, e skuqur, e ftohtë, e nxehtë, e butë ose e thatë kudo gjatë ekzamimit. Gjithashtu kontrolloni për ndonjë dëmtim, abrasion ose skuqje.

## Formular i vlerësimit infermieror së pacientit gjatë vizitës në banesë

Shënim: Ky formular merret me vete kur infermieri shkon në banesë

Data e sotme \_\_\_\_\_

Emri Mbiemri \_\_\_\_\_ Ditëlindja \_\_\_\_\_ Seksi \_\_\_\_\_ Statusi zyrtar \_\_\_\_\_

Profesioni \_\_\_\_\_ Nr tel \_\_\_\_\_ Adresa \_\_\_\_\_

Diagnoza/t \_\_\_\_\_

TA \_\_\_\_\_; Puls \_\_\_\_\_; Resp \_\_\_\_\_; SPO2 \_\_\_\_\_; Temp \_\_\_\_\_

Sa herë e mat pacienti TA\_\_ asnjë x; 1 x muaj; 2 x muaj; 1 x javë; 1 x ditë; më shpesh \_\_\_\_\_

Glicemia kapilare; \_\_\_\_\_; Sa herë e mat pacienti: para/pas buke; asnjëx; 1xmuaj; 2xmuaj; 1x javë; 1x ditë;

Vlera e Hemoglobinës së glukozuar 6-mujorin e fundit \_\_\_\_\_

Medikamentet që merr: \_\_\_\_\_

Ushqyerja: Mëngjes \_\_\_\_\_ Drekë \_\_\_\_\_ Darkë \_\_\_\_\_

Lëngjet: fare/pak/8 gota-ditë/shumë \_\_\_\_\_

Ankesat: \_\_\_\_\_

**Alkool**     PO     JO

**Duhanpirës**     PO     JO

Nëse po, sa cigare pi në ditë \_\_\_\_\_ **Higjiena personale** \_\_\_\_\_ **Aktivitet fizik ditor** \_\_\_\_\_

**Lëkura:** plagë dekubituse \_\_\_\_\_ Ngjyra: Ikter \_\_\_\_\_ Zbehtësi \_\_\_\_\_

**SNQ:** ndryshime të sjelljes \_\_\_\_\_ konfuzion \_\_\_\_\_ halucinacione \_\_\_\_\_ Disorientim \_\_\_\_\_

**Koka:** dhimbje \_\_\_\_\_ marrje mendsh \_\_\_\_\_ sinkop \_\_\_\_\_

**Sytë:** infeksione \_\_\_\_\_ prurit \_\_\_\_\_ lotim \_\_\_\_\_ njolla \_\_\_\_\_ glaukoma \_\_\_\_\_ fotofobia \_\_\_\_\_

**Veshët:** \_\_\_\_\_ dhimbje \_\_\_\_\_ dyll \_\_\_\_\_ vertigo (të vijnë rreth objeketet apo vetja jote)

**Hunda:** Nazofaring/dhimbje/skuqje \_\_\_\_\_ dhimbje mbi sinuset \_\_\_\_\_ teshtima

**Goja:** dhimbje fyti \_\_\_\_\_ leziona në gjuhë dhe/apo qiellzë \_\_\_\_\_ gingivit \_\_\_\_\_ humbje shije \_\_\_\_\_ ndryshim i zërit \_\_\_\_\_

**Zemra:** Palpitacione \_\_\_\_\_ dhimbje kraharori \_\_\_\_\_ edemë periferike \_\_\_\_\_ Po \_\_\_\_\_ Jo \_\_\_\_\_ Grada e edemave \_\_\_\_\_

**Pulmonet:** kollë \_\_\_\_\_ sputum \_\_\_\_\_ hemoptizi \_\_\_\_\_ dispne \_\_\_\_\_ tinguj jonormal

**Gastro-intestinal:** ulcer \_\_\_\_\_ hematemezë \_\_\_\_\_ konstipacion \_\_\_\_\_ hemorroide \_\_\_\_\_ diarre \_\_\_\_\_

**Urinar:** dhimbje suprapubike \_\_\_\_\_ urinimi \_\_\_\_\_ infeksion urinar \_\_\_\_\_ inkontinence

**Plani i kujdesit të ofruar:** Instruksionet e dhëna \_\_\_\_\_

### 3

## MATJA DHE MONITORIMI I SHENJAVE JETËSORE

Matja e shenjave vitale është një procedurë e cila bën vlerësimin objektiv të funksioneve fiziologjike esenciale.

Konsiderohen vitale (jetike) pasi vlerësimi i tyre është hapi i parë i çdo vlerësimi klinik. Tek shenjat vitale hyjnë:

1. Puls
2. Frekuenca respiratore
3. Tensioni arterial
4. Temperatura

Mundet gjithashtu të bëhet vlerësimi dhe i parametrave të tjerë, si saturimi i oksigjenit.

### **Qëllimi i matjes së shenjave vitale është:**

- Vlerësimi i gjendjes së pacientit.
- Monitorimi dhe ndjekja në kohë e gjendjes së pacientit.
- Evidentimi i ndryshimeve të gjendjes së pacientit.

### **Pajisjet dhe materialet që nevojiten për matjen e shenjave vitale:**

1. Termometër oral / axillar / timpanik / rektal
2. Stetoskopi
3. Sfigmomanometër me madhësinë e duhur të manshetës
4. Orë
5. Alkool (për denzifikimin e pajisjeve që përdoren)
6. Pambuk
7. Oksimetër

## MATJA E PULSIT

**Pulsi** tregon numrin e të rrahurave të zemrës në një minutë. Vlera normale tek një adult është 60-100 të rrahura në minutë.

### **Qëllimi:**

1. Vlerësimi i pranisë së pulsit
2. Përcaktimi i numrit të të rrahurave në një minutë.
3. Vlerësimi i ritmit të zemrës.
4. Vlerësimi i cilësisë së pulsit (i dobësuar/ i fortë)
5. Vlerësimi i furnizimit me gjak të ekstremiteteve.

### **Matja e pulsit realizohet me anë të:**

- Monitorëve automatikë
- Palpimit të pulsit
- Askultacionit të zemrës (puls apikal)

### **Vendet më të zakonshme të palpimit të pulsit janë:**

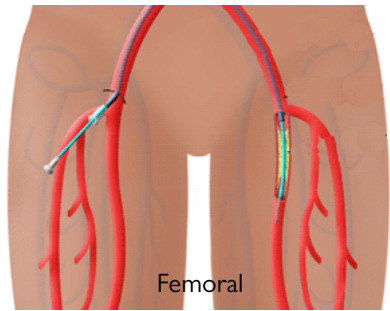
- Arteria radiale
- Arteria brakiale (në fossën antekubitale)
- Arteria karotide (në anën e brendshme të muskulit sternocleidomastoid).



Radial



Brachial



Femoral



Popliteal



Dorsalis pedis



Posterior tibial

### Procedura e matjes të pulsit radial:

1. Prezantohuni me pacientin.
2. Lani duart.
3. Shpjegojini pacientit procedurën dhe qëllimin.
4. Ndhmoni pacientin të qëndrojë në një pozicion të rehatshëm.
  - a) Në pozicionin shtrirë (Supination). Vendosni parakrahun e pacientit anash trupit ose mbi bark.
  - b) Në pozicionin ulur. Krahu përkulet 90 gradë dhe mbështetet në krahun e karriges.
5. Palponi me gishtin tregues dhe të tretë të dorës arterien.
6. Shmangi përdorimin e gishtit të madh, sepse do të ndjeni puls të tuaj.
7. Numëro të rrahurat në një minutë duke përdorur një orë.
8. Vlerësoni nëse pulsi është i rregullt apo jo, cilësinë e tij (i dobët / i fortë)
9. Lani duart pasi keni mbaruar, kujdesi parandalon përhapjen e infeksionit.

## FREKUENCA RESPIRATORE

**Frekuenca respiratore** tregon numrin e cikleve të frymëshkëmbimit (inspiration/ekspiration) në një minutë.

Frekuenca respiratore normale në një person të shëndetshëm është 16-20 frymëmarrje në minutë.

### Matja e respiracionit bëhet nëpërmjet:

- Inspeksionit të lëvizjeve të toraksit
- Askultacionit
- Monitorëve

### Vlerësoni pacientin për:

- Frekuencën respiratore,
- Ritmin e frymëmarrjes (i rregullt/ jo i rregullt),
- Thellësinë e frymëmarrjes (sipërfaqësore/ e thellë),
- Efortin gjatë frymëmarrjes (përfshirja e muskujve aksesorë)
- Praninë e vështirësisë në frymëmarrje – Dispne
- Mungesën e respiracionit spontan – Apnea

**Procedura:**

1. Vendosni pacientin në një pozicion të rehatshëm, ulur ose shtrirë.
2. Largoni veshjet dhe çdo gjë që pengon shikimin e qartë të lëvizjeve të krahavorit.
3. Vlerësoni frekuencën respiratore pas matjes së pulsit, në mënyrë që pacienti të mos kuptojë që po bëhet edhe vlerësimi i frymëmarrjes. Kjo sugjerohet për të shmangur një alterim të mundshëm të frymëmarrjes.
4. Vëzhgoni lëvizjet e toraksit.
5. Numëroni numrin e frymëmarrjeve në një minutë.
6. Vlerësoni thellësinë, ritmin, fascien, praninë e kollës, apo cianozes.

## TENSIONI ARTERIAL (TA)

**Tensioni arterial** (presioni i gjakut kundrejt mureve arteriale) shpreh raportin ndërmjet hedhjes kardiake (volumit qarkullues) dhe rezistencës periferike (rezistencën që i bëhet rrjedhës së gjakut nga sistemi cirkulator).

Tensioni arterial varet nga: volumi i gjakut, frekuenca kardiake, elasticiteti i enëve të gjakut.

Matja e tensionit arterial shpreh matjen e presionit sistolik dhe atij diastolik të shprehur në mmHg.

	Presioni sistolik	Presioni diastolik
Tension arterial normal	< 120	< 80
Tension arterial i rritur (risk për HTA)	120–129	< 80
Hipertension arterial stadi I	130–139	80–89
Hipertension arterial stadi 2	≥ 140	≥ 90

Bazuar në protokollin e Kolegjit Amerikan të Kardiologjisë (2017)

**Qëllimi i matjes së tensionit arterial është:**

Vlerësimi dhe monitorimi i funksionit kardiocirkulator.

**Matja e tensionit arterial realizohet nëpërmjet:**

- Kateterizimit të arteries - një mënyrë invazive, që përdoret në pacientët në terapi intensive.
- Matjes manuale—me anë të sfigmomanometrit aneroid/me mërkur dhe stetoskopit
- Matjes automatike



Mjetet automatike mund të jenë të përdorshme për rastet kur duhen shumë matje të TA- dhe për të shmangur nevojën e një personi të dytë të trajnuar në matjen e TA-së.

Sfigmomanometrat me mërkur janë mjetet më të sakta për matjen e TA-së. Janë të nevojshëm për të vlerësuar saktësinë e mjeteve të tjerë dhe kalibrimin e tyre.

Në praktikën klinike përdoren më shpesh sfigmomanometrat aneroid.



#### **Pajisjet:**

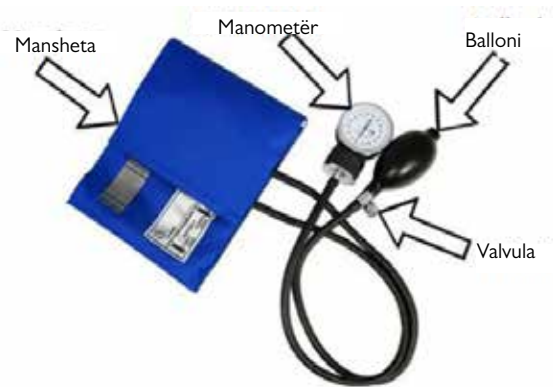
- Sfigmomanometër
- Stetoskop

#### **Pjesët e sfigmomanometrit aneroid:**

- Mansheta
- Manometri
- Balloni
- Valvula e ajrit.

## **Stetoskopi**

- Binauralet - Janë të pozicionuara në këndin e përshtatshëm anatomik për t'u adaptuar me drejtimin e kanalit të jashtëm të veshit.
- Kufjet - Është e rëndësishme që kufjet të uthiten mirë në vesh që të mundësojë eliminimin e zhurmave nga jashtë.
- Tubi elastik.
- Këmbana dhe Diafragma



#### **Realizimi i matjes.**

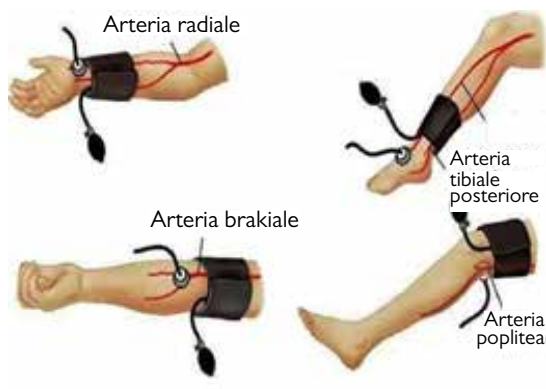
- Matja e tensionit arterial mund të realizohet në pozicionin ulur apo shtrirë në varësi të gjendjes së pacientit. (preferohet pozicioni shtrirë)
- Pacienti duhet të qetësohet të paktën 5 minuta, para se të vendoset mansheta për matjen e TA.
- Duhet të zgjidhet një manshetë e përshatshme me perimetrin e krahut të pacientit.
- Lirohet krah nga veshjet apo elementë të tjerë që mund të pengojnë rrjedhën e gjakut.
- Krahun lehtësisht i flektuar vendoset në nivel të zemrës i kthyer me pjesën palmare lart.
- Mansheta vendoset 2.5 cm mbi fossën antekubitale në mënyrë që shënuesi "ARTERY" të përkojë mbi arterien brakiale të secilit krah (i majtë, i djathtë).





- Mbyllet valvula e ajrit.
- Manometri vendoset në pozicion që të jetë lehtësisht i dukshëm.
- Stetoskopi vendoset në nivel të arteries brakiale.
- Pomponi ballonin 30 mmHg mbi nivelin e zhdukjes së pulsit radial.
- Lironi valvulën e ajrit ngadalë me shpejtësi rreth 2 deri 3 mmHg në sekondë.
- Tingulli i parë dëgjuar (Tingulli Korotkoff) përfaqëson presionin sistolik.
- Humbja e tingujve të Korotkoff, (tingulli i fundit që dëgjohet) tregon presionin diastolik.
- Pasi matet presioni sistolik/diastolik, lironi valvulën dhe manshetën.
- Për matje të saktë përsërit procedurën 2 herë me diferencë kohore 5 minuta ndërmjet tyre.

Krahu është vendi më i zakonshëm i matjes së tensionit arterial, por në situata specifike (dëmtime të ekstremiteteve të sipërme) mund të realizohet matja e presionit në arterien popliteale apo dorsalis pedis. Kryhet e njëjta procedurë edhe në ekstremitetet e poshtme. Studimet sugjerojnë për presion sistolik lehtësisht më të lartë në këmbë në krahasim me krahun, ndërsa presioni diastolik nuk paraqet ndryshime.



## Mirëmbajtja e sfigmomanometrit:

### 1. Mirëmbajtja e manometrit dhe bulbit.

Pastroni ato me një pecetë dhe me detergjent (ky i fundit nëse është i nevojshëm). Nuk ka nevojë për sterilizim duke qenë se këto dy pjesë nuk janë në kontakt të drejtpërdrejtë me trupin e pacientit.

**2. Pastrimi i manshetës:** Pasi keni lëvizur pjesën elastike në brendësi, pastroni manshetën me një pecetë të lagur me ujë. Sigurisht, ju mund t'a lani edhe me ujë dhe detergjent dhe pastaj t'a vini të thatet. Pastroni pjesën elastike dhe tubat me një pecetë të lagur.

**3. Dezinfectimi:** Pasi të keni hequr pjesën elastike në brendësi, pastroni me ujë vendin në të cilin është hedhur dezinfektuesi. Më pas, vendoseni të thatet në ajër të pastër. Fshikëza dhe tubat mund të pastrohen me një garzë të lagur me alkool.

**Kujdes! Mos i ekspozoni këto pajisje direkt në dritën e diellit.**

## Kalibrimi i pajisjes

- Masni tensionin tek një person. Ndani tubat nga sfigmomanometri dhe lidhni ato me një sfigmomanometër me mërkur, i cili mbetet standardi i artë. Nëse vlerat janë të njëjta ose shumë të përafërta, pajisja është në rregull.
- Ju mund të lidhni pajisjen tuaj drejtpërdrejtë me një sfigmomanometër prej mërkuri dhe të masni presionin arterial tek i njëjti person me të dyja pajisjet njëkohësisht, për të parë nëse ka ndryshime midis pajisjeve.
- Një mënyrë tjetër për të kalibruar sfigmomanometrën është: pasi të keni lidhur pajisjen tuaj me një sfigmomanometër me mërkur, të mbani fort me një dorë manshetën, ndërkohë që me dorën tjetër e fryni atë. Vlerat në pajisjen tuaj të dorës dhe shtyllën e zhivës duhet të jenë të njëjta. Nëse vlerat nuk korrespondojnë, kontrolloni tubat, bulbin apo manshetën. Nëse njëri prej tyre ka rrjedhje apo është i dëmtuar, atëherë duhet zëvendësuar. Nëse vetë manometri është i dëmtuar, mund të provoni të rrotulloni pjesën metalike përmes së cilës ai lidhet me bulbin. Kjo mund të ndihmojë të rikthejë shigjetën në vlerën 0, kur manometri nuk është duke u përdorur.



## TEMPERATURA

Temperatura është shkalla e matjes së nxehtësisë ose ftohtësisë të trupit të njeriut.

Temperatura trupore konsiderohet normale në vlerat 36.5°C deri 37-37.2°C. Temperatura trupore normale varion në varësi të:

- moshës,
- mjedisit,
- aktivitetit fizik,
- ciklit menstrual (tek femrat).

Qëllimi i matjes së temperaturës është:

- Përcaktimi i temperaturës trupore.
- Orientimi për diagnozën.
- Vlerësimi i dekursit të sëmundjes.

**Temperatura trupore mund të matet në disa mënyra:**

- Orale
- Rektale
- Timpanike
- Aksilare
- Temperatura e matur në ballë

### Temperatura orale

Është mënyrë mjaft e saktë e matjes së temperaturës.

Pajisjet e nevojshme:

1. Termometër elektronik
2. Termometër me përmbajtje kimike.



*Bazuar në rregullat e Këshillit European (2011) duhet të shmangët përdorimi i termometrave me përmbajtje mërkuri.*

**Procedura:**

1. Informoni pacientin për procedurën.
2. Pacienti nuk duhet të ketë ngrënë apo pirë ushqime/ lëngje të ftohta ose të ngrohta të paktën 10 minuta më parë.
3. Vendosni termometrin nën gjuhë.
4. Pacienti duhet të mbyllë gojën gjatë kryerjes së matjes dhe të puthitë buzët me termometrin.
5. Të mbahet termometri për 3 minuta ose deri në dëgjimin e sinjalit për termometrat elektronik.
6. Shmangni përdorimin e termometrave kimikë në rastet me hypotermi, për shkak të kufizimit në matjen e temperaturës. (35.5°C-40.4°C)
7. Hiqni termometrin dhe lexoni rezultatin.
8. Pastroni termometrin me ujë të pastër.

### Temperatura timpanike

**Pajisja:** Termometër timpanik

**Procedura:**

1. Shpjegojini procedurën pacientit.
2. Sigurojeni që është një procedurë e thjeshtë jo invazive.
3. Vendosni pacientin në një pozicion të rehatshëm.
4. Dezinfektoni duart.
5. Inspektoni kanalin auditiv extern. Përrjashtoni praninë e trupave të huaj, infeksione të veshit, praninë e dyllit, të cilat mund të çojnë në një matje jo të saktë.
6. Ndizni paisjen dhe vendos një 'kapuç' të ri.
7. Vendosni termometrin në kanalin auditiv ekstern.



8. Shtypni butonin për ndezjen e aparatit.
9. Shmang kontaktin me membranën timpanike.
10. Matja e temperaturës zgjat deri në dëgjimin e sinjalit akustik (<1 minutë)
11. Largoni termometrin dhe shihni rezultatin në ekran.
12. Hidhni 'kapucin' një përdorimësh.
13. Fikni termometrin

Nëse harroni të fikni termometrin, do të fiket automatikisht për rreth 10 minuta.

### Temperatura rektale

Temperatura rektale është 0.27°- 0.38°C më e lartë se temperatura orale. Është një mënyrë e saktë për të matur temperaturën trupore, por për shkak të vendit dhe mungesës së rehatisë gjatë matjes nuk përdoret shpesh në praktikën klinike. Është më e përdorur tek infantët dhe fëmijët e vegjël.

### Pajisje

Termometër elektronik ose me përmbajtje kimike.

### Procedura:

1. Përdorni lubrifikant para përdorimit.
2. Vendosni termometrin 1 deri 2,5 cm në kanalën anal.
3. Largoni termometrin pas 3 minutash apo pas dëgjimit të sinjalit akustik.
4. Lexoni rezultatin dhe lani me ujë dhe sapun termometrin.

**! Kujdes! Një termometër i përdorur për matjen e temperaturës anale nuk duhet të përdoret për matjen e temperaturës aksilare apo orale.**

### Temperatura aksilare

Pavarsisht se është një mënyrë mjaft komode dhe praktike është një matje jo shumë e saktë për shkak të ndikimit nga temperatura e mjedisit. (afërsisht 0.1°C - 0.2 °C më pak se temperatura orale)

### Procedura për matjen e temperaturës aksilare:

1. Shpjegojini pacientit procedurën, qëllimin dhe siguro bashkëpunimin e tij.
2. Pastroni termometrin me pambuk.
3. Në rastin e termometrave me përmbajtje kimike, (ekologjik) shkundni termometrin para përdorimit.
4. Vendosni pacientin në pozicionin ndenjor ose shtrirë.
5. Largoni veshjet për të ekspozuar aksilën.
6. Sigurohuni që gropa aksilare është e thatë. Nëse jo, bëni tharjen e saj,
7. Vendoset termometri në gropën aksilare.
8. Krahu mbahet në adduction. (i puthitur me trupin)
9. Vendosni termometrin në aksilë dhe lere atje për 5 minuta
10. Hiqni termometri dhe bëni leximin.
11. Shkundni termometrin dhe bëni dizinfektimin e tij.

### Temperatura e matur në ballë:

Realizohet me anë të termometrave specifike me valë infrared. Është një mënyrë matje praktike por jo shumë e saktë, prandaj përdorimi në praktikën klinike është i kufizuar.

### Procedura:

1. Sigurohuni që balli është i thatë.
2. Mbani termometrin në mes të ballit, në distancën 3-15 cm largësi
3. Shtypni butonin dhe lexoni në ekran rezultatin.

### Mirëmbajtja e Termometrit

Pastrimi dhe dezinfektimi

Termometri pastrohet pas çdo matje, duke përdorur një garzë apo pambuk të lagur me alkool 70%. Mos përdorni detergjentë gërryes dhe mos e zhytni pajisjen në asnjë solucion.

## SPO<sub>2</sub> (SATURIMI I OKSIGJENIT PERIFERIK)

Saturimi i oksigjenit tregon ngopjen me oksigjen të hemoglobinës krahasuar me hemoglobinën totale në gjak.

SpO <sub>2</sub> %	Saturimi i Oksigjenit
95-100	Normal
91-94	94 Hypoksi e Lehtë
86-90	90 Hypoksi Mesatare
<80	Hypoksi e Rëndë

Qëllimi:

- Vlerësimi dhe monitorimi i nivelit të saturimit të oksigjenit.
- Vlerësimi për nevojën për oksigjenoterapie.

Pulsoksimetria është një procedurë joinvazive e matjes së nivelit të oksigjenimit në gjakun periferik.

### Si funksionon një puls oksimetër?

Kjo pajisje përdor dritën për të llogaritur saturimin e oksigjenit.



### Procedura:

1. Pacienti duhet të jetë në qetësi, lëvizjet e shumta e bëjnë të vështirë matjen e vlerave
2. Inspektoni gishtin për prani të plagëve apo patologjive.
3. Sigurohuni që gishti nuk është i lagur apo i ftohtë
4. **Kujdes!** Disa sëmundje kronike si anemiti dhe hipotiroidizmi mund të vështirësojnë marrjen e rezultateve
5. Vendosni pajisjen në gisht dhe shtypni butonin ndezës.
6. Lexoni rezultatin në ekran.

### Udhëzime për mirëmbajtjen e pajisjes së puls oksimetrit

#### Bateritë

Pajisja fiket automatikisht, 8 sekonda pas përdorimit. Fuqia e baterive të pajisjes bie pas

30 orëve përdorimi. Kjo pajisje kërkon 2 bateri "AAA". Instaloni bateritë duke i përshtatur sipas polarizimit të duhur plus (+) dhe minus (-) që vëreni në dhomëzën e baterive. Nëse nuk e përdorni pajisjen për një kohë të gjatë, hiqini plotësisht bateritë. Ndërroni bateritë në kohën e duhur, kur ndizet shenja e baterisë në monitor.

Oksimetri, duhet të mbahet gjithmonë në një mjedis të thatë. Një mjedis i lagësht mund të ndikojë në jetëgjatësinë e pajisjes së puls oksimetrit.

#### Pastrimi dhe dezinfektimi:

Pastroni pjesën e brendshme të pajisjes me pambuk të lagur me alkool 70% dhe lëreni të thahet para se t'a përdorni. Mos hidhni alkool mbi pulsoksimetër!

Diabeti Melitus (Sëmundja e sheqerit) përfshin një grup sëmundjesh metabolike që karakterizohen nga hiperglicemia kronike (nivel i lartë i sheqerit në gjak). Disa nga tipet më të zakonshme të diabetit mellitus janë:

**Diabeti tipi 1** i njohur dhe si **Diabeti insulinovartes**, shkaktohet nga përgjigja autoimmune, që çon në shkatërimin e qelizave beta të pankreasit (qelizat përgjegjëse për prodhimin e insulinës). Kjo çon në mungesë absolute të insulinës dhe si rezultat në nivel të lartë të sheqerit në gjak.

Fizpatologjia lidhet me predispozitën gjenetike si dhe me nxitës mjedisorë (infeksion viral i mëparshëm).

Rreth 5% e pacientëve me diabet diagnostikohen me diabet të tipit 1.

Zakonisht shfaqet para moshës 20 vjeç, por mund të shfaqet edhe në çdo moshë.

Ka fillim të shpejtë, humbje të konsiderueshme në peshë, markera/shënjes imuniteti pozitivë (anti-GAD, ICA, IA-2), ulje të nivelit bazë ose pas ushqimit të C-peptideve.

DM tipi 1 mund të shoqërohet dhe me sëmundjet të tjera autoimmune si Tiroiditi Hashimoto, Celiaki, insuficenca primare adrenale.

### **Diabeti i tipit 2 (i njohur si diabeti jo insulinovartes)**

DM tipi 2, që është tipi më i zakonshëm (90-95% e rasteve), karakterizohet nga komponenti gjenetik si dhe nga obeziteti dhe jeta sedentare. Mekanizmi i DM tipi 2 qëndron në rezistencën periferike ndaj insulinës (përgjigje e pamjaftueshme e qelizave periferike ndaj insulinës) dhe disfunkcion të qelizave beta, e cila rezulton në mungesë relative të insulinës.

Diabeti i tipit 2 mund të jetë asimptomatik dhe ka një ecuri të ngadaltë. Shfaqet kryesisht pas moshës 40 vjeç.

### **Diabeti mellitus gestacional:**

Diabeti i diagnostikuar në tremujorin e dytë ose të tretë të shtatzënisë i cili nuk ishte i shfaqur qartë para shtatzënisë.

### **Qëllimi i udhëzuesit:**

Të përshkruajë rrethanat kur duhet të bëhet monitorimi i glicemisë, mjetet e nevojshme dhe mënyrën e duhur të realizimit të procedurës.

### **Matja e glicemisë në gjak duhet të kryhet:**

- Tek pacientët me Diabet Mellitus të trajtuar me insuline apo hypoglicemiantë orale, të cilët mund të shkaktojnë hipoglicemi.
- Tek pacientët diabetikë, për të monitoruar impaktin e ndryshimit të terapisë, aktivitetit fizik apo dietës ushqimore.
- Monitorim i glicemisë gjatë përdorimit të kortikosteroidëve.

## Matja e glicemisë

- Glicemia esëll (glicemia në gjak pas të paktën 8 orësh pa ngrenë)
- Glicemia rastësore

- Hemoglobina e glukozuar (HbA1C), niveli mesatar i glicemisë gjatë 3 muajve të fundit.
- Glicemia kapilare.

	Normal	Prediabet	Diabet
HbA1c	< 5.6%	5.7% - 6.4%	≥ 6.5%
Glicemia esëll	< 100 mg/dL	100 - 125 mg/dL	≥ 126 mg/dL
Glicemia rastësore ose TTG	< 140 mg/dL	140 - 199 mg/dL	≥ 200 mg/dL

*Diagnoza e Diabetit Mellitus bazohet në analizat e gjakut, të cilat, kur është e mundur duhet të kryhen duke marrë gjak nga venat dhe jo nga kapilarët.*

## Glicemia kapilare. (Glukometri)

Glicemia kapilare është një mënyrë praktike përmes të cilës pacienti mund të monitorojë sheqerin. Çdo pacient i diagnostikuar me diabet duhet të pajiset me glukometër dhe të informohet mbi mënyrën e përdorimit të tij.

Materialet e nevojshme për matjen e glicemisë kapilare:

- Glukometri
- Fishat
- Gjilpërat/aget
- Pambuk dhe alkoool
- Doreza



## Proçedura e matjes së glicemisë kapilare:

1. Nxirrini mjetet e mëposhtme dhe organizoini ato që të jenë lehtësisht të aksesueshme.
2. Vendosni dorezat dhe pyesni pacientin për gishtin në të cilin preferon t'i bëhet shpimi.
3. Masazhoni për të ngrohur gishtin dhe për të rritur rrjedhjen e gjakut, duke shtypur butësisht nga dora në majë të gishtave 5-6 herë.
4. Fshijeni gishtin me pambuk të thatë.
5. Nxirreni fishën dhe ndizni glukometrin. Pasi ai të nxjerrë shënimin në ekran për të vendosur fishën, vendosni fishën.
6. Shponi gishtin me një lëvizje të shpejtë. Shmangni pjesën mishore të gishtit sepse ka më shumë mbaresa nervore dhe zgjidhni një pikë më në periferi. Përdorni gjilpërat/aget specifike për glukometrin, pasi aget e tjera mund të shkaktojnë dëmtim apo diskomfort gjatë shpimit.



7. Fshijeni me pambuk pikën e parë të gjakut.
8. Prisni për pikën e dytë të gjakut dhe vendoseni në kontakt me fundin e fishës. Mbajeni fishën të mbështetur mirë në gisht, mos e shkëpusni dhe prekni gjakun për herë të dytë me të, sepse mund të hyjë ajër në fishë. Prisni derisa të mbushet e gjithë shtylla e fishës me gjak.
9. Shikoni që glukometri po e lexon fishën dhe nxjerr një vlerë.
10. Tregojani pacientit vlerën e glicemisë.
11. Pastroni gjakun në gisht me pambuk.
12. Hidhni agen në koshin për mjetet e mprehta.
13. Hiqni fishën nga glukometri dhe hidhni në koshin e posacëm për mjetet e kontaminuara. Hiqni dorezat dhe hidhni gjithë mbeturinat e tjera në kosh. Çdo matje kërkon një fishë të re.

#### **Rezultate të gabuara:**

- Temperaturat ekstreme të mjedisit mund të ndikojnë në aparat.
- Hematokriti  $< 15$  = rezultate të larta.
- Hematokriti  $> 65$  = rezultate të ulëta.
- Dehidratim, Hipotension i rëndë, Shock = rezultat i ulët.
- Qarkullimi i dobët i gjakut në vendin e shpimit.
- Shtrëngimi i tepërt i vendit të shpimit = Vlera të larta hiperglicemie.

#### **Mirëmbajtja e glukometrit**

Glukometri nuk kërkon ndonjë mirëmbajtje të veçantë. Meqë gjaku ose solucioni i kontrollit nuk është në kontakt me matësin, nuk kërkohet

pastrim i veçantë. Një leckë e lagur me ujë dhe pak detergjent mund të përdoret për të fshirë matësin nga jashtë. Futeni glukometrin në mbajtësin e tij pas çdo përdorimi. Fishat duhen të ruhen në kontenierin përkatës, të pa ekspozuara ndaj dritës dhe lagështirës.

#### **Fishat kanë afat skadence.**

Glukometri lajmëron kur fuqia është duke u ulur, duke shfaqur dy mesazhe të ndryshme. Simboli shfaqet në ekran me njësinë e matjes, kur matësi është ndezur dhe të gjitha mesazhet e tjera në ekran janë funksionale. Nga momenti që shfaqet simboli i parë, ka fuqi të mjaftueshme edhe për 50 teste.

Për të zëvendësuar baterinë, sigurohuni që matësi të jetë i fikur.

1. Hapeni vendin e baterive duke shtypur lart në “tab” dhe duke tërhequr mbulesën e baterisë.
2. Hiqeni baterinë e vjetër duke e tërhequr lart me fijen. Vendosni një bateri litiumi 3 V, duke u siguruar që “+” ana pozitive e baterisë është e drejtuar lart.
3. Vendosni mbulesën e baterisë. Shtyjeni poshtë në mbulesën e ndarjes së baterisë deri sa të dëgjoni një klik.

## 5

# ADMINISTRIMI I MEDIKAMENTEVE

Administrimi i medikamenteve bëhet në dy rrugë kryesore:

1. Lokal apo topik
2. Sistemik

**Administrimi lokal** përfshin:

- aplikimin e medikamentit në membranat mukoze (orale, konjuktiva)
- në lëkurë dhe sipërfaqet e tjera epiteliale

**Administrimi sistemik** ka si qëllim absorbimin dhe shpërndarjen e medikamenteve në të gjithë organizmin.

Rrugët e administrimit sistemik:

1. Enterale:
  - a) a - orale
  - b) rektale
  - c) bukale dhe sublinguale
2. Parenterale  
Injeksionet:
  - a) intravenoze
  - b) intramuskulare
  - c) subkutane
  - d) intradermale

## Rrugët e administrimit

### Rruga orale

Një pjesë e madhe e medikamenteve merren në rrugë orale. Ato mund të jenë në formë tabledash të ngurta, kapsula, tableta të përtyrshme, në formë lëngjesh si pika, shurup ose tretësira. Në shumicën e rasteve, medikamentet e marra në rrugë orale, nuk hyjnë menjëherë në qarkullimin

e gjakut. Ato kalojnë fillimisht në stomak dhe pastaj në zorrë. Në disa raste medikamenti mund të absorbohet nga mukoza orale si në rastin e tabletave sublinguale.

### Tabletat

Tabletat gjenden në forma dhe në madhësi të ndryshme. Ato janë të thjeshta për t'u prodhuar dhe mund të mbahen për një kohë të përcaktuar. Një ose më shumë përbërës aktivë kombinohen me substanca të tjera që ndihmojnë në formimin e tabletës dhe më pas i jepet forma tabletës.

- **Tabletat pa mbështjellje:** Këto tableta janë të përbëra nga pudra ose granula të presuara fort së bashku. Është e rëndësishme që të shoqëroni marrjen e këtyre tabletave me ujë, në mënyrë që të shmangni bllokimin e tyre në rrugët e kalimit të ushqimit dhe në stomak të ketë një sasi të mjaftueshme lëngjesh në mënyrë që tabletat të treten.
- **Tabletat me mbështjellje:** Tableta të veshura me sheqer ose të veshura me film. Tabletat mund të mbulohen me një shtresë për t'i mbrojtur ato nga ndikimet e jashtme, siç janë lagështira ose bakteriet. Tabletat e veshura janë të lëmuara, me ngjyra dhe shpesh me shkëlqim. Veshja e jashtme e tabletave nuk ka shije dhe e bën më të lehtë kalimin e tyre. Tabletat e veshura me sheqer, zakonisht kanë formë të rrumbullakët ose ovale. Tabletat e veshura me film kanë vetëm një shtresë të hollë. Nëse tabletat kanë përbërës aktivë që duhet të mbrohen nga acidi në stomak, ato janë të veshura me një shtresë mbrojtëse që është rezistente

ndaj acidit gastrik (gastro-rezistent). Në këtë rast përbërësit aktivë nuk çlirohen derisa arrijnë në zorrën e hollë. Tabletat e veshura nuk duhet të shtypen ose të përtypen sepse veshja e tyre e humbet funksionin.

- **Tabletat eferveshente:** Treten në një gotë më ujë. Ato janë të përshtatshme për njerëzit që kanë vështirësi në gjëllitje dhe kanë një efekt më të shpejtë në krahasim me tabletat, sepse medikamenti është tretur deri në momentin që arrin në stomak.
- **Tableta të përtyפשme:** Tableta që kanë përbërës aktivë që absorbohen nga mukozat e gojës, synojnë të kenë efekt në fyt (p.sh për dhimbjen e fytit). Këto lloj tabletash duhet të përtyphen ose thithen.
- **Tabletat sublinguale:** Tableta të tretshme që vendosen nën gjuhë për t'u tretur ngadalë. Përbërësi aktiv kalon në qarkullimin e gjakut nëpërmjet mukozës së gojës.

**Kapsulat** - Kapsulat kanë një guaskë e cila zakonisht është e përbërë nga xhelatina dhe brenda përmbajnë medikamentin në formën e një pluhuri, granulimi ose lëngu. Kapsulat janë afatgjata dhe pa shije.

**Kapsulat e përtyפשme** - Ekzistojnë kapsula të përtyפשme të cilat mund të kafshohen dhe në këtë mënyrë përbërësi aktiv absorbohet nëpërmjet mukozës së gojës.

**Kapsulat me çlirim të ngadaltë** - janë krijuar për të çliruar ngadalë përbërësin e tyre aktiv. Një kapsulë e tillë mund të çlirojë përbërësin e saj aktiv në mënyrë të barabartë gjatë gjithë ditës. Kjo përbën avantazh sepse nevojitet vetëm një tabletë në ditë.

#### **Pudrat, pikat dhe shurupet:**

- **Pudrat:** Medikamente në formë pluhuri ose granulimi, të cilat zakonisht treten në ujë. Në këtë formë mund të jenë disa analgjezikë dhe antibiotikë për fëmijë.
- **Pika:** Pikat ose lëngu në vetvete është përbërësi aktiv i medikamentit ose përbërësi aktiv është tretur në lëng, zakonisht në ujë ose në përzjerje uji dhe alkoli. Dozimet në këtë formë jepen në numër pikash.

- **Shurupet:** Medikamente të lëngshme ku një ose më shumë përbërës aktivë treten në ujë. Lëngu mund të jetë gjithashtu përbërësi aktiv. Këto medikamente zakonisht shoqërohen me një gotë të vogël matëse për të ndihmuar në marrjen e dozës së duhur. Kjo formë është e përshtatshme për personat që kanë probleme me gjëllitjen.

#### **Injeksionet**

Në injeksione, përbërësit aktivë treten me një substancë të lëngshme (tretësirë fiziologjike apo ujë të distiluar) dhe më pas injektohen. Medikamenti mund të injektohet në venë (administrim intravenoz) nëse duam të kemi një efekt sa më të shpejtë (p.sh në rast urgjence). Kjo shmang kohën e gjatë të marrjes përmes traktit gastrointestinal. Nëse medikamenti duhet të ketë një efekt më të ngadaltë ose nëse nuk duhet të hyjë direkt në qarkullimin e gjakut, ai mund të injektohet në muskul (intramuskular) ose në indet dhjamore nën lëkurë (subkutane).

Disa medikamente duhet të aplikohen në formë injeksionesh, sepse ato humbasin efektivitetin e tyre në stomak ose zorrë. Insulina është një shembull. Shumica e vaksinave, për këtë arsye, duhet të injektohen. Solucionet e injeksioneve mund të mbahen vetëm për një kohë të shkurtër që nga momenti i hapjes.

**Injeksioni subkutan** është mënyra e administrimit të medikamenteve nën lëkurë. Në këtë injeksion, përdoret një agje e shkurtër për të injektuar medikamentin në indin midis lëkurës dhe muskujve. Medikamentet e dhëna në këtë mënyrë zakonisht absorbohen më ngadalë. Ky lloj injeksioni përdoret kur metodat e tjera të administrimit mund të jenë më pak efektive (psh: disa medikamente nuk mund të jepen nga goja sepse acidi dhe enzimat në stomak do t'i shkatërrojnë ato). Medikamentet e administruara në rrugë subkutane përfshijnë medikamente që mund të jepen në vëllime të vogla, zakonisht më pak se 1 ml, por edhe deri në 2 ml është e sigurt. Insulina dhe disa hormone të tjera zakonisht administrohen në mënyrë subkutane. Vendi i aplikimit është shumë i rëndësishëm për injeksionet subkutane. Medikamenti duhet të



injektohet në indin yndyror pak poshtë lëkurës. Disa zona të trupit kanë një shtresë indi më të sigurt për të aplikuar ku nuk përbën risk dëmtimi i muskujve, kockave apo enëve të gjakut.

### **Injeksionet intramuskulare**

Injeksioni intramuskular është një teknikë që injekton medikamentin thellë në muskul. Kjo bën të mundur që medikamenti të absorbohet shpejt, si pasojë e vaskularizimit. Injeksionet intramuskulare përdoren kur nuk rekomandohen rrugët e tjera të marrjes së medikamenteve.

Injeksionet intramuskulare duhet të aplikohen në një muskul sa më të madh të jetë e mundur dhe aty ku ka pak mundësi të dëmtohen enët e gjakut ose nervat. Kuadranti i sipërm i jashtëm i muskulit gluteal është vendi më i përdorur për injeksionet intramuskulare.

**Injeksioni intravenoz (IV)** - Me anë të injeksionit intravenoz bëhet administrimi i medikamenteve drejtpërdrejt në sistemin venoz. Medikamentet e dhëna përmes injeksioneve intravenoze, administrohen zakonisht nëpërmjet një kateteri venoz (vigon), për të shmangur çdo rrjedhje të medikamenteve në indet e tjera dhe për të administruar medikamente të tjera të përshkruara në terapi.

### **Administrimi i infuzionit intravenoz**

- Vendos pacientin në pozicion shtrirë
- Zgjidh vendin e pershtatshëm për aplikimin
- Vendos krahun mbi një mbështetëse
- Përgatit infuzionin dhe aparatit e infuzionit, nxirr ajrin derisa të mos ketë asnjë flluskë
- Palpo venën ku do të bëhet injektimi
- Vendos zhgutin 10 cm mbi vendin ku do të bëhet aplikimi
- Dezinfekto duart dhe pastaj vendin e aplikimit në mënyrë rrethore, me qendër pikën e injektimit në periferi
- Fut agen në këndin pothuajse paralel me lëkurën, 10-15 gradë
- Pas inserimit, nëse gjaku kthehet nëpërmjet aget në pjesën e sipërme, inserto pothuajse të gjithë gjatësinë e agës në venë
- Hiq zhgutin
- Fillo dhënien e infuzionit

- Siguro agen dhe tubin e aparatit pak centimetra larg vendit të injektimit me një leukloplast, në mënyrë që të shmanget lëvizja e tyre.

### **Injeksionet depo**

Në injeksionin depo, një medikament injektohet nën lëkurë ose në indet muskulare dhe përbërësi aktiv lirohet gradualisht. Kjo mund të arrihet duke përzier përbërësin aktiv me vajra ose kripëra speciale, që trupi mund t'i absorbojë ngadalë. Shembuj të injeksioneve depo janë insulina me veprim më të gjatë, injeksionet depo kortizonikë dhe injeksioni tremujor për kontracepsion.

### **Komplikacionet e mundshme të injeksioneve**

#### **Infeksioni**

Çdo procedurë që përfshin depërtimin e barrierave të lëkurës, mbart një rrezik të vogël të futjes së mikrobeve në trup, kështu që gjithmonë ekziston rreziku i zhvillimit të infeksioneve. Ky rrezik mund të minimizohet duke ruajtur kushtet e sterilitetit. Kateteret venoze duhet të monitorohen rregullisht për shenja të infeksionit dhe kanë një kohëzgjatje maksimale të përdorimit (zakonisht tre ditë). Infeksionet e lokalizuara në indet më të thella mund të jenë shkaktarë të abceseve të cilët mund të kërkojnë trajtim me antibiotikë ose drenim kirurgjikal. Ruajtja e sterilitetit të medikamenteve para përdorimit është e rëndësishme dhe ndihmon në shmangien e infeksioneve.

#### **Reaksionet**

Pothuajse të gjitha medikamentet përbëjnë risk për të shkaktuar një reaksion që mund të variojë nga një reaksion i vogël alergjik, tek shoku anafilaktik i cili kërkon trajtim urgjent mjekësor. Shumica e medikamenteve të licencuara, tolerohen relativisht mirë nga shumica e njerëzve, por të gjitha medikamentet mbartin rrezikun për efekte të mundshme anësore. Disa medikamente janë irrituese për vendin e injektimit dhe mund të shkaktojnë skuqje, dhimbje ose enjtje të lokalizuara pas administrimit. Medikamentet intravenoze që shkaktojnë irritim të venës, mund të shkaktojnë gjithashtu edhe inflamacion të venës.

## **Dhimbje**

Çdo objekt i mprehtë që shpon lëkurën, mund të shkaktojë dhimbje. Përdorimi i aqes më të vogël të mundshme dhe sigurimi që çdo pastrues i lëkurës me bazë alkooli është avulluar plotësisht para injektimit, duhet të minimizojë dhimbjen. Ekziston një rrezik i vogël që injeksionet intramuskulare mund të dëmtojnë një nerv dhe të shkaktojnë dëme afatgjata, por kur përdoret teknika e duhur e injektimit dhe vendet e injeksionit zgjidhen me kujdes, rreziku është minimal.

## **Gabimet e administrimit të injeksioneve**

Ekziston mundësia që një injeksion aksidentalisht të aplikohet ose të rrjedhë në një pjesë të gabuar të indeve të trupit. Meqenëse muskujt përmbajnë enë gjaku, ekziston mundësia që një injeksion intramuskular të bëhet në enë gjaku. Kjo mund të shmanget duke tërhequr pistonin pas futjes, për të kontrolluar nëse futet gjak në të. Medikamentet e dhëna në mënyrë venoze mund të rrjedhin nga vena ose një kanjule venoze mund të jetë e gabuar. Në këto raste, medikamentet ose likidet intravenoze, mund të dalin në hapësirën rreth venave, muskujve ose indit dhjamor. Disa medikamente mund të jenë shumë irrituese kur rrjedhin nga vena, madje mund të shkaktojnë dëme serioze lokale. Medikamentet irrituese duhet të jepen në një formë të holluar ose të administrohen vetëm në një venë të madhe me rrjedhje të mirë të gjakut.

## **Supostet**

Disa medikamente mund të vendosen në anus (rektal) në formën e suposteve. Ato kanë përbërës aktivë që veprojnë në mënyrë lokale. Mund të përdoren gjithashtu edhe suposte rektalë që përmbajnë medikamente që kanë për qëllim trajtimin e patologjive të tjera. Përbërësit aktivë absorbohen nga mukoza e zorrëve, hyjnë në qarkullimin e gjakut dhe më pas japin efekt për patologjinë për të cilën janë indikuar. Supostet përdoren shpesh kur është e vështirë për të administruar medikamente në rrugë orale, psh në rastet e të vjellave ose në rastin e temperaturës tek femijët.

**Ovulat** vaginale futen në vaginë për të trajtuar inflamacionet ose infeksionet mykotike vaginale. Ovulat vaginale shpërbëhen në vaginë dhe

lëshojnë përbërësit e tyre aktivë. Disa tableta dhe vajra mund të administrohen gjithashtu edhe në mënyrë vaginale. Ata zakonisht shoqërohen me një aplikues plastik.

## **Pika, vajra dhe spray për aplikim në sy, veshë dhe hundë**

Ka medikamente në formë pikash për trajtimin e patologjive të syrit apo veshëve të cilat aplikohen drejtpërdrejt në sy ose vesh. Medikamentet me pika për trajtimin e patologjive të veshit nuk duhet të ruhen në ambiente shumë të ftohta sepse në momentin e aplikimit ato mund të shkaktojnë dhimbje ose marrje mendsh. Ka medikamente në formë xheli ose vaji për aplikim në sy, në pjesën e brendshme të qepallës së poshtme. Është shumë e rëndësishme që të ruajmë sterilitetin në momentin e aplikimit për të shmangur kontaminimin me mikrobe.

Pikat dhe spray për hundën mund të përdoren për trajtime afatshkurtra. Administrimi i pikave në hundë, mund të bëhet më anën e pipetave. Është e rëndësishme që gjatë dhe pas administrimit të medikamentit në hundë, pipeta të mos kontaminohet me sekrecionet nazale.

## **Inhalatorët**

Medikamentet që administrohen nëpërmjet inhalacionit (thithjes) janë shumë efektive për një veprim të drejtpërdrejtë në mushkëri. Pjesa më e madhe e medikamenteve për trajtimin e astmës administrohen nëpërmjet inhalimit.

Kur një përbërës aktiv i lëngët ose i ngurtë grimcohet në ajër, kjo përbërje quhet aerosol. Aerosoli mund të aplikohet nëpërmjet aparateve që mundësojnë dozimin e duhur të medikamentit. Edhe substancat vajore mund të inhalohen, duke i përdorur në kombinim me avullin e nxehtë. Uji i nxehtë lejon që vajrat të avullojnë më shpejt, duke rritur efektin në mukoza.

## **Medikamentet lokale**

Aplikimi i medikamenteve në lëkurë ose mukoza lejon apo mundëson futjen e tyre në trup. Medikamentet e aplikuara në këtë mënyrë njihen si medikamente lokale. Mund të përdoren gjithashtu për të trajtuar dhimbjen ose probleme të tjera në pjesë të veçanta të trupit.

Mjekimi lokal mund të përdoret gjithashtu për të ushqyer lëkurën dhe për t'a mbrojtur atë nga dëmtimi. Disa medikamente lokale përdoren për trajtim lokal dhe disa kanë për qëllim të ndikojnë në të gjithë trupin pasi të absorbohen përmes lëkurës.

### **Pasta, pomada dhe vajra**

- **Pomadat:** janë përzierje të medikamenteve të caktuara me yndyrna të ndryshme të cilat mund të përhapen lehtësisht. Ato janë përbërë nga yndyra, vaji ose dylli ose një kombinim i tyre. Shembuj të zakonshëm janë pomadat yndyrore antiseptike dhe pomadat shëruese.
- **Vajrat:** janë të përbërë nga yndyrna të lëngshme në temperaturën e dhomës. Ato përdoren si aditivë për banjot me vaj, si vajra masazhesh ose si vajra thelbësorë siç është vaji i mentes.
- **Pastat:** janë pomada të veçanta që përmbajnë yndyrë, si dhe një sasi të madhe të aditivëve pluhur. Kjo i bën këto përmbajtje shumë të trasha dhe është e vështirë t'i përhapësh ato. Një shembull është pasta e zinkut.

### **Kremrat, emulsionet dhe shkumat:**

- **Kremrat:** janë përzierje të yndyrës dhe ujit që mund të përhapen lehtësisht. Meqenëse yndyra dhe uji normalisht nuk përzihen lehtë, shtohet një agjent emulsifikues për të kombinuar këto dy përbërës dhe për t'i bërë të qëndrueshëm. Rezultati quhet edhe emulsion. Emulsione më të lëngshme mbi bazë uji quhen locione.
- **Emulsionet** e ujit dhe vajit diferencohen nga përbërësi i tyre kryesor në emulsione vaj në ujë dhe emulsioni ujë në vaj. Emulsionet vaj në ujë përmbajnë më shumë ujë. Shembujt përfshijnë kremëra të lehtë që përthithen lehtësisht, freskojnë dhe lagështojnë lëkurën. Në të kundërt, emulsionet ujë në vaj përmbajnë më shumë yndyrë sesa ujë. Ata krijojnë një shtresë mbrojtëse dhe ruajnë lagështirën në lëkurë. Ato përdoren për kremra për lëkurë të thatë dhe në rastet e ekzemës.

### **Xhel, pudra, locione**

- **Xheli** është një lloj i veçantë kremi me bazë uji. Ai është i përberë kryesisht nga trashës si niseshteja që mund të lidhë shumë ujë dhe përbërësit aktivë të tretur në të. Xheli nuk përmban yndyrë, mund të përhapet lehtësisht në lëkurë dhe mund të ketë përbërës të ndryshëm aktivë në të. Për shembull mund të gjendet xhel për lehtësimin e dhimbjeve ose anti- prurit. Xheli ndërton një shtresë në lëkurë dhe ka një efekt ftohës të shkaktuar nga avullimi i ujit në lëkurë.
- **Pudrat** spërkatën në lëkurë dhe ngjiten aty. Përveç përbërësit të tyre të ngurtë aktiv, ato mund të përmbajnë edhe substanca bartëse (të tilla si talk). Pluhurat kanë një efekt tharjeje dhe formojnë një shtresë që mbron lëkurën. Ekzistojnë, për shembull, pudrat për trajtimin e pruritit ose infeksioneve fungoide.
- **Tinkturat** janë medikamente në formë të lëngshme për përdorim lokal. Ato prodhohen duke tretur ose holluar ekstrakte të thata, shpesh prej materiali bimor. Alkooli zakonisht përdoret si tretës. Një shembull i mirënjohur është tinktura e jodit, e cila përdoret për dezinfektimin e plagëve.
- **Locionet** janë produkte për kujdesin e lëkurës të përbëra nga një përzierje e lëngjeve dhe trupave të ngurtë. Solidet përbëjnë të paktën 50%, prandaj mund të shikohen si një lloj "pluhuri i lëngët". Ato përmbajnë shumë pak ose aspak yndyrë. Dy shembuj të aplikimit janë locionet që përdoren për të trajtuar linë e dhurve dhe herpesin, ku përdoret një locion i bardhë me zink për të tharë vezikulat e lëkurës. Meqenëse pluhuri dhe lëngu do të ndahen me kalimin e kohës, duhet të shkundni këto locione para përdorimit.

### **Spray dhe ngjitësat**

Disa medikamente mund të aplikohen në lëkurë ose në mukozat me anë të spërkatjes. Ekzistojnë spray për trajtimin e plagëve, për dezinfektimin ose për zvogëlimin e edemës në mukozat e hundës, etj.

Disa medikamente që duhet të absorbohen nga trupi për një periudhë të caktuar kohe mund të aplikohen me ndihmën e ngjitësave në lëkurë.

Ky lloj aplikimi ka disa përparësi: Medikamentet përthithen në mënyrë të barabartë dhe nuk shkaktojnë dëmtime në traktin gastrointestinal.

Këto lloje ngjitësash quhen gjithashtu “sisteme terapeutike transdermale” (TTS). Është e rëndësishme të hiqni ngjitësin e vjetër para se të aplikoni të riun dhe të keni kujdes që të mos e vendosni gjithmonë në të njëjtin vend.

## 6

# ADMINISTRIMI I INJEKSIONEVE INTRAMUSKULARE / SUBCUTANE / INTRADERMALE

Injeksioni është veprimi i invadimit së një likidi, veçanërisht një medikamenti në trupin e një personi, nëpërmjet një aqe dhe një shiringe.

### A. Para aplikimit, medikamenti kontrollohet/lexohet dy herë:

- një herë para se ta përgatisni
- njëherë para se t'ja aplikoni atë pacientit.

### I. Çfarë duhet të kontrolloni?

- a) Medikamentin – llojin, efektet anësore, kundërindikimet, veprimi
- b) Doza - A është e duhura?
- c) Koha - A është koha e duhur?
- d) Data e skadencës
- e) Metoda e administrimit - PO, I/M, S/C, I/V?
- f) Ngjyra, konsistenca
- g) Pacienti - Identifikimi i pacientit
- h) Reaksionet e mundshme alergjike të pacientit

### B. Pacienti

3. Konfirmoni që keni përpara pacientin e duhur.
4. Shpjegoni procedurën për të siguruar bashkëpunimin e tij
5. Merrni miratimin e pacientit.

### C. Vendi

4. Zgjidhni vendin e aplikimit.
5. Sigurohuni që vendi nuk ka dëmtime, nishanë, të gërvishitura, enjtje apo hematome.

**I/M - INJEKSIONI INTRAMUSKUL, është administrimi i medikamenteve direkt në muskul.**

### Indikacioni:

- Kur mjekimi nuk mund të jepet nga goja sepse irriton stomakun,
- Kur pacienti ka nauze ose të vjella.
- Kur pacienti është i paaftë ta marrë mjekimin nga goja për ndonjë arsye tjetër.
- Kur kërkohet absorbim relativisht i shpejtë, I/M preferohet më shumë se SC.
- Kur mjekimi mund të jetë irritues për indin, I/M preferohet më shumë se SC.

### Vendet për aplikimin e injeksioneve I/M janë:

1. muskuli deltoid
2. muskuli vastus lateral
3. zona dorsogluteale

### A. MUSKULI DELTOID - i pozicionuar në pjesën e sipërme të krahut

#### Përfitimet:

- Absorbim më i shpejtë i medikamenteve
- Gjetet pa vështirësi.
- E mundshme të përdoret për shumicën e moshave

**!** **Kujdes!** Është një muskul relativisht i vogël dhe përgjithësisht nuk përdoret për doza të mëdha të medikamenteve (0,5ml -1ml, 2ml në muskujt e zhvilluar mirë).

## I. Gjetja e vendit

- b) Ku-në ose poshtë gjysmës së muskulit deltoid.
- c) Pse - për të shmangur nervat, enët e gjakut, bursa, tendinat mbi vendin dhe tendinat dhe kocka më poshtë vendit.
- d) Metoda - Poziciononi pacientin me shpatullën e ekspozuar dhe krahun e liruar.
  - Gjeni procesin acromion në majë të shpatullës.
  - Zgjidhni një vend përafërsisht 4 cm nën procesin acromion të majës së supit (2-3 hapësira gishtash më poshtë).

## 2. Përzgjedhja e ages

- c) Gjerësia e ages: masë 21-25.
- d) Gjatësia e ages: në varësi të llojit dhe dozës së medikamentit.

### Për femra

60 kg = 16 mm  
60-90kg = 25mm  
90 kg = 38 mm

### Për meshkuj

60 kg = 16 mm  
60-118 kg = 25 mm  
118 kg = 38 mm

## Metoda e administrimit

- a) Përgatisni mjekimin dhe vishni dorezat.
- b) Pastrojini vendin me pambuk me alkool.
- c) Mos e mbliidhni muskulin me dorë përveç rasteve, kur pacienti është fëmijë i vogël.
- d) Mbajeni shiringën me kënd 90 gradë nga lëkura.
- e) Futeni agen në muskul me lëvizje të shpejtë.
- f) Mos e aspironi.
- g) Injektoni mjekimin shpejt.
- h) Hiqeni agen shpejt dhe me të njëjtin kënd (90 gradë).
- i) Mbulojeni me pambuk dhe leukoplast.
- j) Mos e masazhoni.

## B. VASTUS LATERAL - pozicionohet në kofshën anterolaterale

### Përfitimet:

- absorbimi i dytë më i shpejtë i aplikimeve I/M.

- Muskul i madh i zhvilluar mund të tolerojë deri në 4-5 ml.

### ! Kujdes!

- Ky muskul nuk është aq i aksesueshëm sa deltoidi.
- Është më i dhimbshëm se sa deltoidi apo ventrogluteali.

## Gjetja e vendit

- a) Ku-në mes 1/3-s së kofshës anterolaterale.
- b) Pse-për të shmangur enët e mëdha, strukturat e gjymtyrëve dhe nervat.

## Metoda e administrimit:

- Vendos pacientin në pozicion ulur me kofshën e ekspozuar.
- Kufiri i sipërm tek të rriturit është sa një hapje dore nën trokanterin e kofshës.
- Kufiri i poshtëm tek të rriturit është sa një hapje dore mbi patelën e gjurit.
- Zgjidhni një vend në mes të kofshës anterolaterale (mbi gropën që krijohet në anë të kofshës).

## 3. Përzgjedhja e ages

- d) Gjerësia e ages: masa 19-23.
- e) Gjatësia e ages 25mm -38 mm (për të porsalindur është më e shkurtër).

## 4. Metoda

Është e njëjta si për deltoidin, megjithatë, këtë muskul mund t'a kapni me dy gishtat e mëdhenj, duke e mbledhur në rastet kur pacienti është shumë i dobët ose i porsalindur.

## C. DORSOGLUTEALI - pozicionohet në pjesën e sipërme të jashtme të kuadrantit të sipërm të jashtëm të gluteuseve

### Përfitimet:

- Është muskul i madh dhe toleron doza të mëdha të medikamenteve 2-4 ml (5 ml)

### ! Kujdes!

- absorbimi është më i ngadaltë se vendet e tjera I/M
- ka rrezik për dëmtim të nervit iskiadik
- ka rrezik për dëmtim të arteries gluteale superiore

- është jo lehtësisht i aksesueshëm
- kur ka shumë ind dhjamor madje edhe me age 38 mm, medikamenti shpesh nuk injektohet në muskul.

### C. Gjetja e vendit

- Vizato një vijë imagjinare midis trokanterit të madh dhe kreshtës së pasme iliake (vini re gropëzat)
- Zona e synuar është 2.5 cm mbi pikën e mesit të vijës.

### Përzgjedhja e ages

- Gjerësia e ages: masa 20-23
- Gjatësia e ages: 38 mm- 48 mm

### 3. Metoda:

Është e njëjtë si me vendet e tjera I/M, por për shkak të rrezikut të shpimit të mundshëm të enëve të gjakut, aspironi 5-10 sekonda para injektimit të mjekimit. (Hiqni shiringën dhe mjekimin nëse gjaku shfaqet në shiringë gjatë aspirimit)

### S/C - INJEKSIONI SUBKUTAN, është aplikimi i medikamenteve në shtresën e indit midis lëkurës dhe muskulit

#### 1. Kur aplikohen S/C?

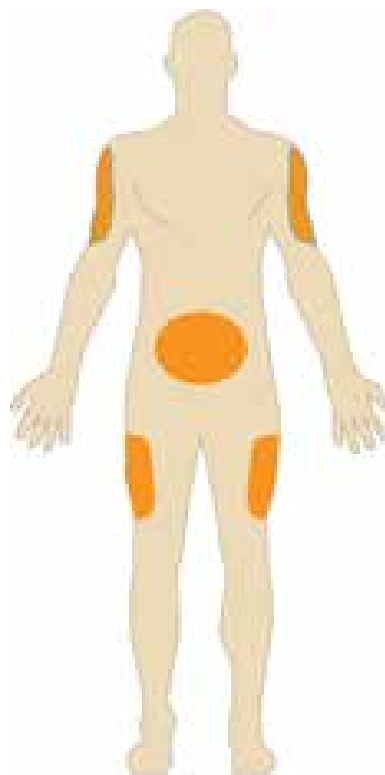
- Kur mjekimi nuk mund të administrohet nga goja
- Kur kërkohet absorbim më i ngadaltë se administrimi I/M

#### 2. Vendet e injeksioneve S/C

- Pjesa e sipërme e krahut: absorbim mesatar/i shpejtë
- Kofshët: absorbim i ngadaltë
- Abdomeni: absorbim i shpejtë
- Pjesa e sipërme e gluteuseve; absorbim i ngadaltë

### 3. Zgjedhja e vendit

- Krahët, kofshët, shpesh përdoren për injeksione nga profesionistët e kujdesit shëndetsor
- Abdomeni, kofshët shpesh përdoren për akses të lehtë kur pacientët i bëjnë injeksionet vetë



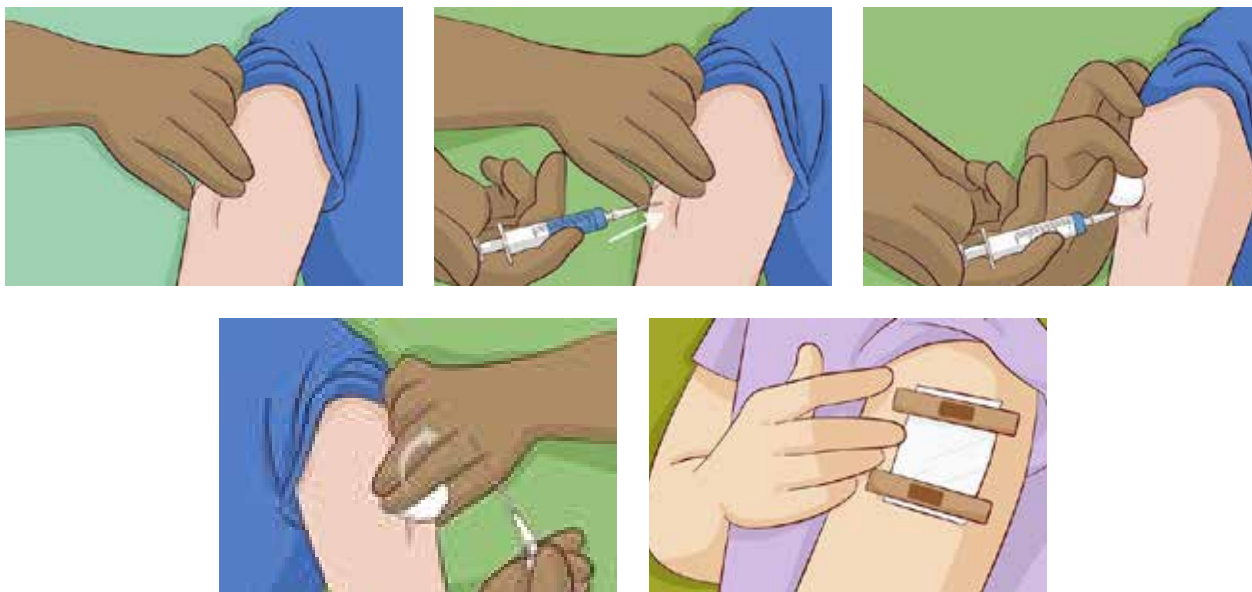
#### 4. Përzgjedhja e ages

- Gjerësia e ages masa 23-25
- Gjatësia e ages 16 mm

#### 5. Metoda e dhënies së injeksionit S/C

- Përgatisni mjekimin dhe vishni dorezat
- Pastroni vendin me pambuk me alkool
- Mbani shiringën me kënd 45 gradë
- Mblidhni lëkurën dhe indin S/C me njërin dorë

- e) Fusni agen në indin S/C me lëvizje të shpejtë me dorën tjetër
- f) Mos aspironi
- g) Injektoni mjekimin shpejt
- h) Hiqni agen duke e mbajtur këndin 45 gradë
- i) Mbuloni me pambuk dhe leukoplast



Metoda e dhënies së injeksionit S/C

## ID – INJEKSIONI INTRADERMAL, është administrimi i medikamenteve në shtresën dermë të lëkurës

### 1. Kur aplikohen I/D?

Kur kërkohet absorbimi shumë i ngadaltë dhe i qëndrueshëm. Përdoret veçanërisht për testet e alergjisë dhe TBC

### 2. Vendet e injeksioneve I/D

- pjesa e sipërme e krahëve
- Pjesa e sipërme e shpinës
- Pjesa e sipërme e kraharorit
- Kofshët
- Parakrahu ventral (i përparmë)

### 3. Përzgjedhja e vendit - vende të zakonshme për:

- Testin TBC në pjesën e përparme të parakrahut, 5-10 cm poshtë pjesës së përparme të brrylit.
- Testet e alergjisë- mbi shpatull, pjesa e sipërme e krahut, kraharori.
- Vaksina TBC aplikohet në pikën e bashkimit të pjesës së poshtme të muskulit deltoid me tendinën.

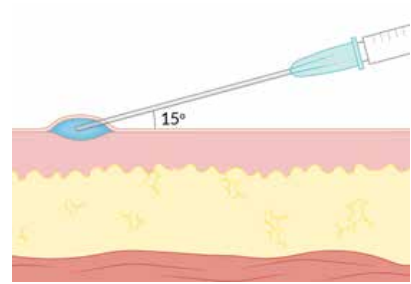
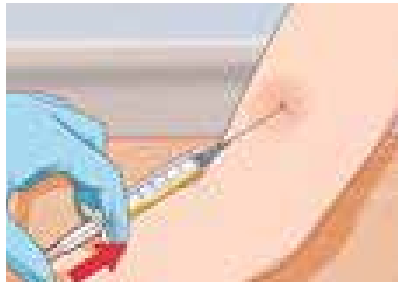
## Përzgjedhja e ages

- a) Gjerësia e ages masa 25-27
- b) Gjatësia e ages 5mm-16mm

## 5. Metoda e e dhënies së injeksionit I/D

- a) Përgatitni medikamentin dhe vishni dorezat.
- b) Pastroni vendin me pambuk alkooli dhe lejoni alkoolin të thahet krejtësisht përpara injektimit.
- c) Fshini tapën e flakonit me pambuk alkooli dhe lëreni të thahet.
- d) Tërhiqeni lëkurën e tendosur midis gishtit të madh dhe gishtit tregues.
- e) Mbani shiringën paralel me krahun dhe me anën e pjerrët të majës së ages, me drejtim lart.
- f) Fusni agen ngadalë 2-3 mm me kënd 5-15 gradë horizontalisht nën lëkurë
- g) Lironi lëkurën e tërhequr dhe ngadalë injektoni solucionin. Një flluskë e dukshme do të krijohet.
- h) Hiqni agen. Mos e masazhoni. Nëse krijohet gjakderdhje, përthithe zonën lehtësisht me një garzë.





Metoda e dhënies së injeksionit intradermal

**Metoda e përgatitjes së medikamentit në një flakon të mbyllur:**

1. Lani duart.
2. Pastroni tapën e gomës me pambuk me alkool dhe lëreni të thahet.
3. Me agen ende të mbuluar, mbusheni shiringën me ajër njëlloj me volumin e mjekimit për t'u administruar.
4. Hiqni kapakun e ages dhe vendoseni atë në ambjent të pastër (kapaku do të përdoret sërish dhe brenda duhet të mbetet steril).
5. Me flakonin në një pozicion të drejtë lart, shtyni agen tek tapa e gomës së flakonit duke pasur kujdes që të mos prekni agen.
6. Injektoni ajrin nga shiringa në flakon.
7. Ktheni flakonin kokëposhtë duke e mbajtur agen brenda flakonit.
8. Me majën e agen të zhytur në mjekim, tërhiqni sasinë e duhur të solucionit duke e tërhequr pas në shiringë.
9. Me flakonin ende kokëposhtë dhe agen ende në flakon bjerini lehtë shiringës dhe nxirrni jashtë fluskat e mëdha të ajrit duke shtypur me kujdes pistonin.
10. Kontrolloni sasinë e mjekimit në shiringë nëse është e duhura.
11. Hiqni agen dhe injektoheni menjëherë ose mbylleni me kujdes (Nëse keni në plan ta përdorni menjëherë duhet të keni vendosur doreza para hapit 4).
12. Nëse agia ndotet, duhet të hidhni shiringën dhe agen dhe filloni nga e para me një komplet të ri.
13. Pasi jepet injeksioni, asnjëherë mos e mbyllni agen me kapak, por hidhni menjëherë në koshin e duhur.

### Përkufizim

Venipunktura është punkcioni i një vene periferike me anë të një ageje për marrjen e gjakut. Është metoda më e zakonshme për marrjen e mostrave të gjakut për ekzaminime laboratorike.

### Qëllimi i venipunkturës:

Marja e gjakut për ekzaminime laboratorike.  
Heqja e gjakut për qëllime terapeutike.

### Kundërrindikimet:

- Venat në zonën e një infeksioni lokal (psh: dermatitet).
- Venat në të cilat ka ndodhur flebit ose hematomë.
- Ekstremiteti me limfedemë.
- Ekstremiteti i sipërm në anën që është kryer mastektomi.
- Ekstremiteti që i përkon anës së parëzës.
- Nuk duhet të përdoret një venë në afërsi të së cilës është i vendosur një kateter intravenoz sepse medikamentët e administruara nëpërmjet tij, mund të ndikojnë në rezultatet e analizave laboratorike.

### Venat e përshtatshme për venipunkturë

- Vena mediana cubiti
- Vena cephalica
- Vena basilica

### Pajisjet e nevojshme

Vendosni të gjitha pajisjet e nevojshme për procedurën në një tabaka, në mënyrë të tillë që të gjitha sendet të jenë lehtësisht të dallueshme.

### Pajisjet e nevojshme përfshijnë:

- Shiringa dhe age të madhësive të ndryshme
- Tuba për marrjen e gjakut
- Doreza jo sterile
- Zhgut
- Alkool 70% ose betadinë
- Garzë ose pambuk
- Formatet shoqërues ku përshruhen të gjitha analizat laboratorike që do të kryhen.
- Çanta dhe kontenierë për transportin e mostrave të gjakut.
- Kontenier për eliminimin e mjeteve të mprehta (ageve).



### Hapi I - Identifikoni dhe përgatisni pacientin për procedurën

- Prezantohuni me pacientin dhe plotësoni gjeneralitetet e tij.
- Diskutoni me pacientin për testin laboratorik që do të kryhet, procedurën që do të ndiqet dhe merrni aprovimin e tij.

- Përzgjidhni llojin e testeve/analizave që do të kryhen.
- Siguroni një pozicion të përshtatshëm për pacientin (nëse është e mundur shtrirë).
- Vendosni një letër ose peshqir të pastër nën krahun e pacientit.
- Plotësoni etiketën mbi tub e cila përfshin emrin dhe mbiemrin e pacientit.

## Hapi 2 - Kryeni higjenën e duarve dhe vishni doreza

- Lani duart me ujë dhe sapun.
- Vishni dorezat.



## Hapi 3 - Zgjidhni vendin e punkSIONIT

- Tendosni krahun e pacientit dhe inspektoni parakrahun.
- Përzgjidhni vendin dhe venën në të cilën do të manipuloni (mundësisht të jetë e dukshme, me lumen të gjerë dhe e drejtë).
- Vendosni zhgutin rreth 4 gisht mbi vendin e punkturës.
- Gjetja e venës do të ndihmojë në përcaktimin e saktë të madhësisë së ages.

## Hapi 4 - Dezinfektoni vendin e punkSIONIT.

- Filloni dezinfektimin nga qendra në drejtim të periferisë me lëvizje rrethore duke përfshirë një sipërfaqe prej 2 cm<sup>2</sup> ose më shumë.
- Lëreni zonën të thahet për 30 sekonda.
- MOS prek vendin e pastruar. Nëse prekni sipërfaqen, përsëritni dezinfektimin.

## Hapi 5 - Marrja e gjakut

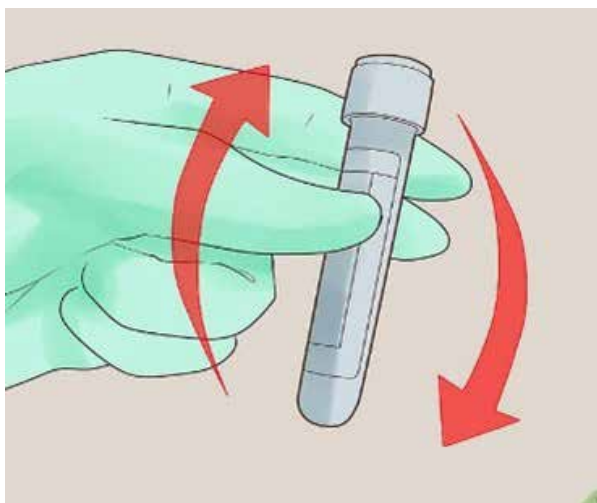
Kryeni venipunkturën si më poshtë:

- Kërkojini pacientit të mbyllë pëllëmbën duke formuar një grusht, në mënyrë që venat të jenë më të dukshme.
- Fiksoni venën duke mbajtur krahun e pacientit dhe vendosni gishtin e madh poshtë vendit të punkSIONIT.
- Hyni në venë me një kënd 10-30 gradë dhe vazhdoni të fusni agen përgjatë venës.
- Pasi të keni marrë sasinë e kërkuar të gjakut, hiqni zhgutin.
- Tërhiqeni agen butësisht dhe ushtroni presion të lehtë në vendin e punkSIONIT me një garzë ose pambuk të thatë. Kërkojini pacientit të ushtrojë presion mbi vendin e punkSIONIT.



## Hapi 6 - Mbushni tubat

- Nëse po përdorni tuba me vakum, shpojeni direkt pjesën e gomës në tapën e tubit me age dhe vakumi brenda tubit do të thithë sasinë e përcaktuar të gjakut.
- MOS e shtyni pistonin e shiringës sepse presioni shtesë rrit rrezikun për hemolizë. MOS e hiqni tapën, sepse lirohet vakumi brenda në tub.
- Nëse përdorni tuba të thjeshtë, hiqni agen e shiringës dhe tapën e tubit, mbushni tubin deri në nivelin e përcaktuar.



- Pas mbushjes, tundeni tubin në mënyrë që të bëhet homogjenizimi i gjakut me përmbajtjen e tubit.
- Informoni pacientin kur procedura ka mbaruar.
- Pyesni pacientin nëse ndjen ndonjë shqetësim. Kontrolloni vendin e punkcionit për gjakrrjedhje të mundshme dhe vendosni leukoplast.



## Hapi 7 - Eleminimi i materialeve të kontaminuara

- Hidhni agen dhe shiringën e përdorur ose pajisjen për marrjen e mostrave të gjakut në kontenerin e selektuar për mjetet e mprehta.
- Hidhni sendet e përdorura (pambuk, doreza) në kategorinë e duhur të mbetjeve spitalore.
- Lani duart me ujë dhe sapun.



## Hapi 8 - Përgatitni mostrat për transport

- Kontrolloni përsëri etiketat në tuba dhe listën e analizave/testeve laboratorike të kërkuara, përpara dërgimit në laborator.
- Paketoni mostrat laboratorike në mënyrë të sigurt, vendosini në një mbajtëse për të shmangur dëmtimin dhe thyerjen gjatë transportit.

## KATETERIZIMI INTRAVENOZ

### Përkufizim

Kateterizimi intravenoz është teknika me anë të së cilës vigoni vendoset brenda një vene periferike për të siguruar hyrjen venoze.

### Qëllimi i kateterizimit intravenoz

- Administrimi i medikamenteve.
- Administrimi i lëngjeve intravenoze.
- Ushqyerja parenterale.
- Administrimi intravenoz i gjakut ose produkteve të tij (transfuzionet).
- Administrimi i agjentëve të kontrastit për kryerjen e ekzaminimeve imazherike, tomografi kompjuterike (CT), rezonancë magnetike (MRI)

### Kundërindikimet

- Venat në zonën e një infeksioni lokal (psh: dermatitet)
- Venat ku është shkaktuar flebit ose hematome
- Ekstremiteti me limfedemë
- Ekstremiteti i sipërm në anën që është kryer mastektomi
- Ekstremiteti që i përkon anës së parës pas aksidenteve cerebrovaskulare (AVC)

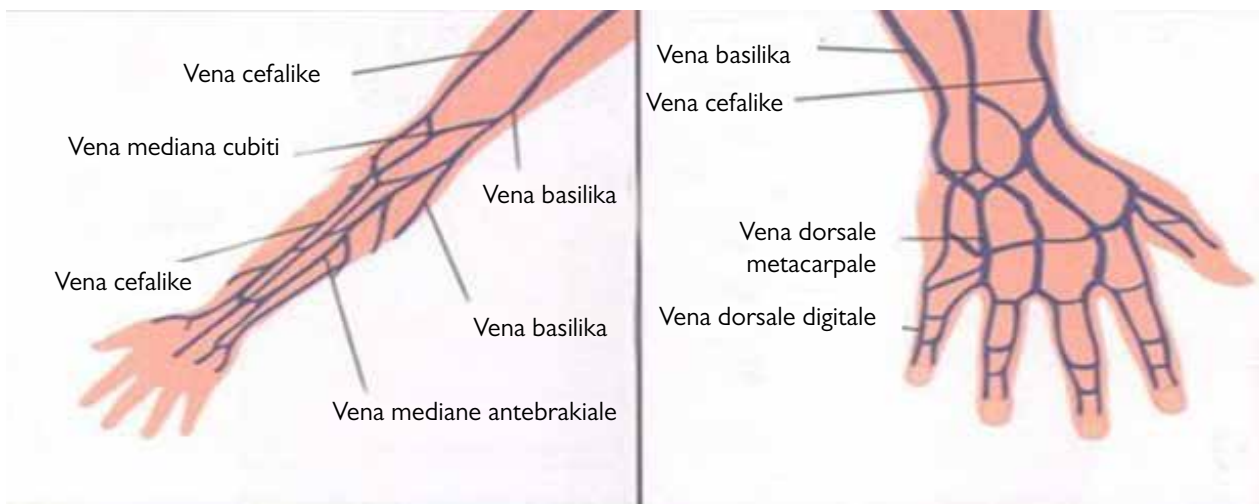
### Pajisjet e nevojshme

- Materialet për pastrimin e lëkurës: alkool 70%, pambuk, garza
- Kateter Intravenoz (vigon)
- Doreza josterile
- Zhgut
- Shiringë 5 ml me Sol fiziologjik
- Seti i infuzionit intravenoz
- Materialet fiksuese: ngjithës
- Kontenier për eliminimin e mjeteve të mprehta (ageve).

### Vendet e kateterizimit venoz

- Vena dorsale
- Vena cephalica
- Vena basilica
- Vena mediana cubiti

*Vena më e përshtatshme për vendosjen e vigonit është vena cephalica, sepse për vetë pozicionin e saj, siguron komfortin e pacientit dhe nuk e pengon në kryerjen e aktiviteteve.*



## Llojet e vigoave dhe përdorimi i tyre

Madhësia	Ngjyra	Përdorimet
14G	Portokalli	Trauma
16G	Gri	Ndërhyrje kirurgjikale
18G	Jeshile	Transfuzione gjaku
20G	Rozë	Administrimin e lëngjeve dhe terapive rutinë
22G	Blu	Pacientët e moshuar dhe neonatët
24G	Verdhë	Venat e holla

## Procedura

### Identifikoni dhe përgatisni vendin e punkcionit

- Vendosni një jastëk nën krahun e pacientit që të siguroni komfortin e tij.
- Vendosni një shtrojë (sipërfaqje mbrojtëse e padepërtueshme) poshtë krahut të pacientit për të parandaluar ndotjen sepse mund të ketë derdhje gjaku.
- Bëni një inspektim paraprak për të identifikuar një venë të përshtatshme.
- Vishni doreza jo sterile.
- Vendosni zhgutin rreth 4 gisht mbi vendin e punkcionit.
- Kërkojini pacientit që të hapë dhe mbyllë disa herë pëllëmbën e dorës dhe me pas të formojë grusht.



- Palponi duke përdorur gishtin tuaj tregues për të gjetur një venë me lumen të madh dhe të pa lëvizshme.
- Pasi të keni identifikuar një vend të përshtatshëm për punkcion, pastroni vendin e punkcionit me solucion antiseptik, me lëvizje rrethore duke filluar nga qendra në drejtim të periferisë
- Lëreni të thahet plotësisht për 30 sekonda.

## Vendosja e kateterit venoz (vigonit)

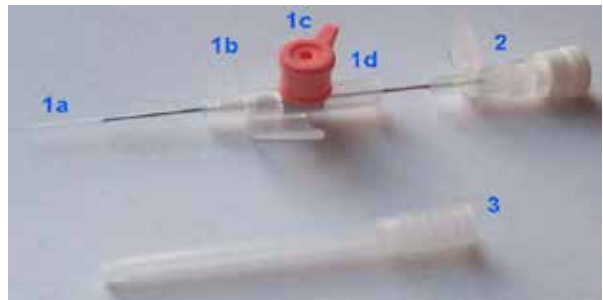
- Hapni krahët e vignonit.
- Mbajeni vignonin midis gishtit të madh dhe gishtit tregues të dorës suaj dominante.
- Siguroni venën me gishtin e madh të dorës suaj jo-dominante nga poshtë duke tërhequr dhe tendosur butësisht lëkurën nga vendi i shpimit për të mos lejuar që vena të lëvizë.
- Fusni vignonin në një kënd 10 deri 30 gradë.
- Shtyni vignonin në venë duke përdorur një lëvizje të ngadaltë, të njëtrajtëshme. Kur maja e gjilpërës hyn në lumen, gjaku do të shfaqet në pjesën fundore të vignonit (quhet një blic gjaku.)
- Tërhiqni pjesërisht agen e vignonit duke siguruar që fundi i ages të jetë brenda tubit plastik të vignonit.
- Mbajeni majën e gjilpërës pa lëvizur brenda lumenit, ulni me kujdes vignonin për t`a fiksuar më mirë në venë me 1 deri 2 mm shtesë, duke u siguruar që maja e kateterit plastik gjithashtu të ketë hyrë në venë.
- Hiqni gjilpërën.
- Sapo vendoset me sukses vignonin, hiqni zhgutin, vendosni një garzë nën pjesën fundore të vignonit.
- Krijoni presion me anë të gishtit në majë të kateterit (për të shtypur venën dhe për të kufizuar humbjen e gjakut nga vignonin).
- Injektoni 5 ml fiziologjik për të mos lejuar bllokimin e vignonit nga koagulimi i gjakut dhe vidhosni tapën ose lidhni sistemin e perfuzionit.

- Mbuloni krahët e vignonit me një ngjitës transparent. (duhet të jetë transparent për të evidentuar në rast se shkaktohet flebit).
- Zëvendësoni ose hiqni vignonin brenda 72 orëve nga vendosja.

## Komplikacionet

Ekstravazoni është infiltrimi i gjakut, lëngjeve ose medikamenteve për shkak se vignonin përshkon murin e venës në një pike të dytë në indet përreth. Vignonin standard përbëhet nga:

1. (a) maja për futjen në venë, (b) krahë për sigurimin e kateterit me ngjitës, (c) valvula në të cilën administrohen medikamentet nëpërmjet shiringës, (d) fundi i vignonit në të cilin bëhet lidhja me erigaterin/sistemin të perfuzionit dhe tapa
2. Pjesa metalike (pjesërisht e tërhequr) e cila shërben vetëm si age udhëzuese për futjen e vignonit.
3. Kapaku i mbrojtjes i cili hiqet para përdorimit.





## INJEKTIMI SUBKUTAN I INSULINAVE ME ANË TË PENAVE TË INSULINËS

Insulina është hormon anabolik i cili përdoret tek pacientët diabetikë për të mbajtur në vlera normale nivelin e glicemisë në gjak.

### Qëllimi

Trajtimi i Diabetit Mellitus Tip I, Tip 2 Insulinovartës dhe diabetit gestacional.

Pacientët me diabet përdorin insulinën, i cili është hormon vital për ta. Ky hormon merret nëpërmjet penave të insulinës, të cilat përmbajnë një depozitë të insulinës, një buton për matjen e dozës dhe një aje njëpërdorimshe.

Penat bëjnë një dhënie më të thjeshtë, më të saktë dhe më bindëse të insulinës sesa përdorimi i vignonit S/C dhe shiringës. Penat e insulinës janë shumë të preferuara pasi mënyra e marrjes me to është shumë e thjeshtë dhe më pak traumatike.



Llojet e penave të insulinës

- **Penat njëpërdorimshe** përmbajnë një depozitë insuline. Pas përdorimit, pena hidhet.
- **Penat me shumë përdorime** përmbajnë depozitë të zëvendësueshme. Sapo depozita zbrazet ajo hidhet dhe zëvendësohet me një të re.

Agja zëvendësohet pas çdo injeksioni. Me kujdesin e duhur pena shumëpërdorimshe zgjat për shumë vite.

### Procedura

Përpara injektimit duhet të ndiqet 'Rregulli i katrës'

1. Insulina e duhur
2. Doza e duhur e insulinës në unite.
3. Koha e duhur e administrimit.
4. Mënyra e duhur e administrimit. (Vendi i duhur i injektimit.)

### Vendet e injektimit

- Insulina mund të injektohet në zonën e barkut, këmbës, krahut ose zonën gluteale.
- Injeksionet kryhen 2,5 cm larg cikatriceve dhe 5 cm larg kërthizës.
- Mos injektoni insulinën mbi lëkurë edematoze, të forcuar, të dhimbshme apo të mavijosur/cianotike.



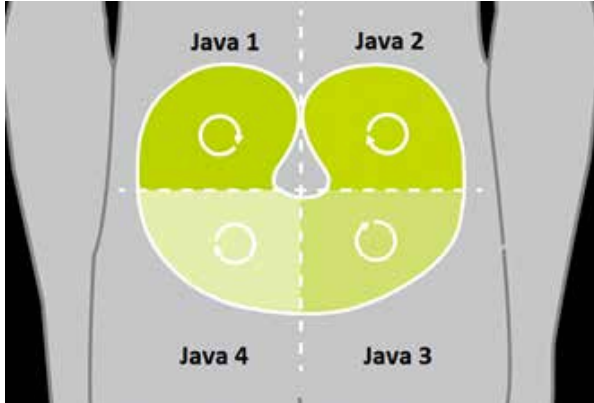
### Ruatja e Insulinës

- Insulina duhet të ruhet në frigorifer
- Të mbahet në temperaturë dhome 30 min para injektimit

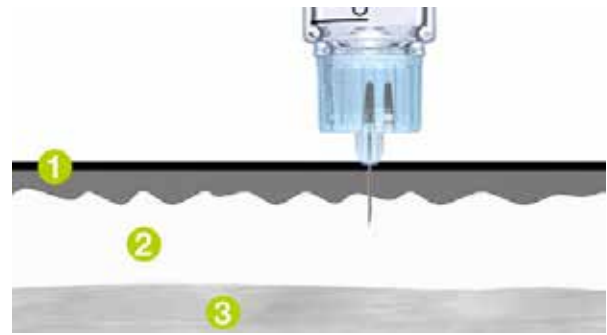


## Kryerja e injeksionit

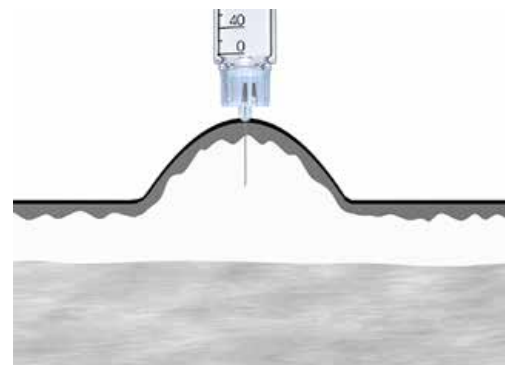
- Lani duart me kujdes
- Zgjidhni vendin e injeksionit. Mbani një grafik në mënyrë që të mos përsëritet shpimi në të njëjtin vend.



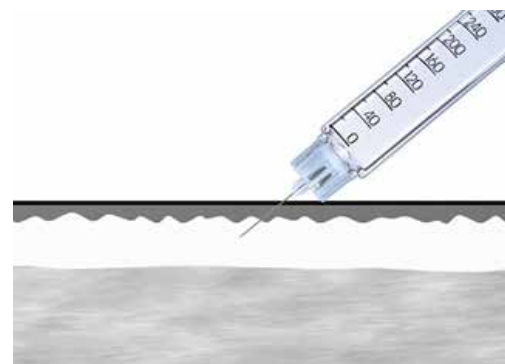
- Vendi i injeksionit duhet të jetë i pastër dhe i thatë.
- Vendi i injeksionit duhet të ketë të paktën 1 cm diferencë nga ai i mëparshmi.
- Pastroni zonën e injeksionit me alkool dhe e lini të thahet.
- Nëse po përdorni një penë të re, nxirreni atë nga frigoriferi 30 minuta para përdorimit.
- Kontrolloni datën e skadencës, fortësinë dhe tipin e dëshiruar.
- Nëse është e nevojshme, vendosni depozitë të re në penë.
- Përzieni insulinën duke e rrotulluar penën me ngadalë midis pëllëmbëve të duarve.
- Tundni penën lart e poshtë derisa insulina të jetë e qartë dhe e lëmuar.
- Hiqni kapakun e penës dhe pastroni majën me alkool.
- Vendosni mire dhe me kujdes një age të re në penë.
- Hiqni kapuçin e ages dhe rivendosni kapakun e penës.
- Gradoni dozën e kërkuar të insulinës.
- Mbajeni penën vertikalisht drejt dhe mbusheni 2 UI, të cilat i nxirrni nëpërmjet një injeksioni testues në ajër. Kjo ndihmon për të pastruar agen nga bulëzat.
- Agja duhet të depërtojë plotësisht në shtresën dhjamore.



- Për age 4-5 mm të gjata, injeksioni duhet të bëhet pa krijuar palë në lëkurë, në këndin 90 gradë. (tek fëmijët dhe personat shumë të dobët të bëhet injeksioni duke krijuar palë të lëkurës.)



- Për age 6-8 mm të gjata, injeksioni duhet të bëhet duke krijuar palë në lëkurë në këndin 90 gradë, ose në këndin 45 gradë pa krijuar palë të lëkurës.



- Shtyni pistonin e penës relativisht ngadalë për të injektuar dozën.
- Pas injektimit mbani për 10 sekonda penën pa lëvizur për t'u siguruar që e gjithë insulina ka depërtuar.
- Depozitoni agen e përdorur tek kutia e mbetjeve të mprehta.

## VLERËSIMI DHE KUJDESI PËR PLAGËT NGA PRESIONI (DEKUBITUSET)

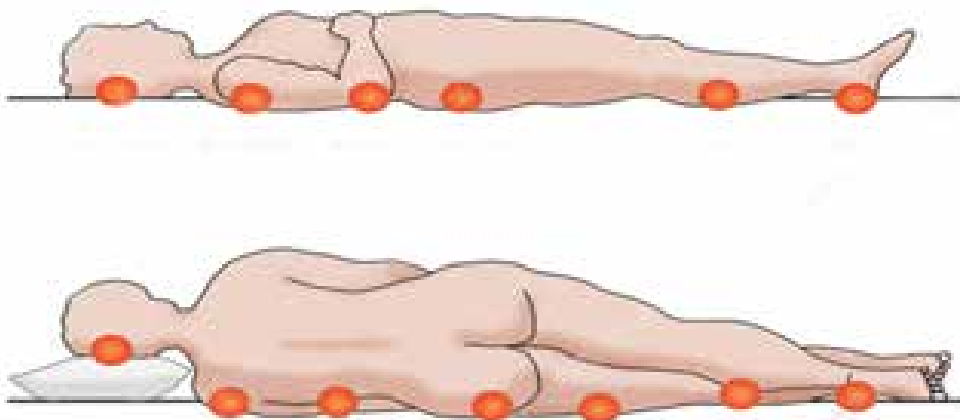
Dekubituset janë plagë të cilat krijohen nga presioni i trupit mbi një sipërfaqe të fortë, si shtrati apo karroca.

**Të predispozuar për të shfaqur plagë nga presioni/dekubitus janë pacientët:**

- Në moshë të thyer
- Të kequshqyer (proteina-kalori)
- Të imobilizuar për arsye të patologjive të ndryshme
- Me inkontinencë urinare dhe fekale
- Me humbje të ndjeshmërisë së lëkurës
- Diabetikë
- Mbipeshë
- Kahektikë
- Duhanpirës
- Me sëmundje mendore në stadi të avancuara

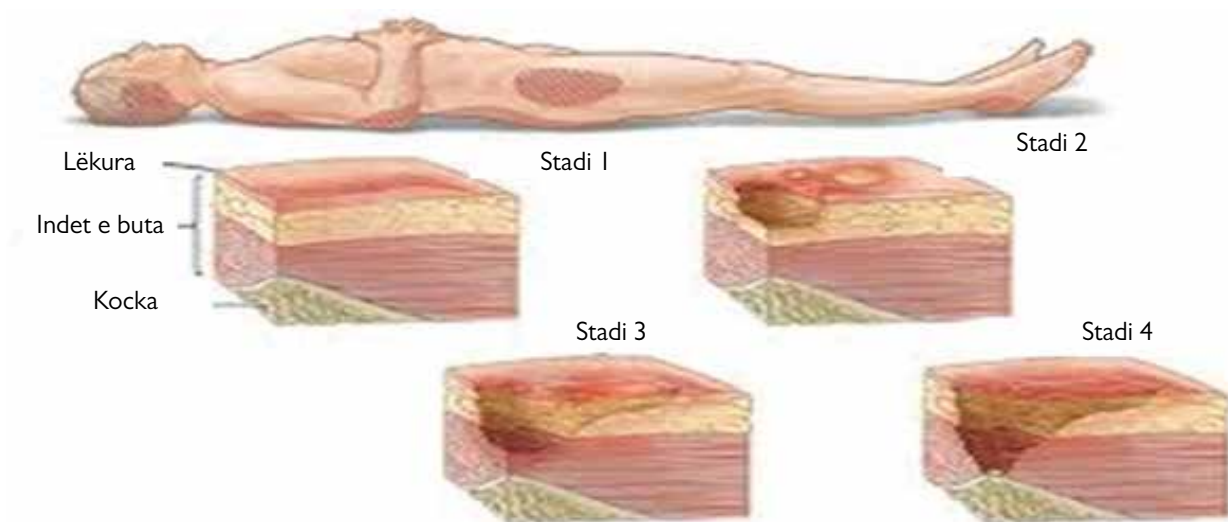
**Vendet më të predispozuara për zhvillim të dekubituseve janë prominencat kockore dhe ato që janë në kontakt direkt me sipërfaqen e fortë të jastëkut, dyshekut ose karrocës:**

- Shpina
- Zona koksigeale
- Shpatullat
- Bërrylat
- Gjunjët
- Pjesa sacrale
- Thembrat
- Zona koksofemorale
- Pjesa oksipitale
- Veshët



## Stadet e një dekubitusi

- Ka 4 stade në zhvillimin e një dekubitusi
- Secili stad përshkruhet në bazë të përfshirjes së shtresave të lëkurës, indeve dhe organeve.



### Stadi I:

- Lëkurë intakte
- Skuqje e lëkurës (nëse shtypet më shumë se 30 sekonda, nuk rimerr ngjyrë normale)
- Ndryshim i temperaturës së lëkurës ose i konsistencës së saj (e forcuar ose e qullët/shkrifët)
- Mund të duket si një djegie nga dielli e shkallës së mesme

### Trajtimi - stadi I

- Eleminoni presionin/shtypjen
- Ripoziciononi pacientin çdo 2 orë
- Mbrojeni zonën e prekur
- Përmirësoni ushqyerjen
- Shtoni marrjen e vitaminës C, proteinave, lëngjeve
- Përmirësoni qarkullimin e gjakut
- Ushtrime dhe fizioterapi në çdo pjesë të trupit

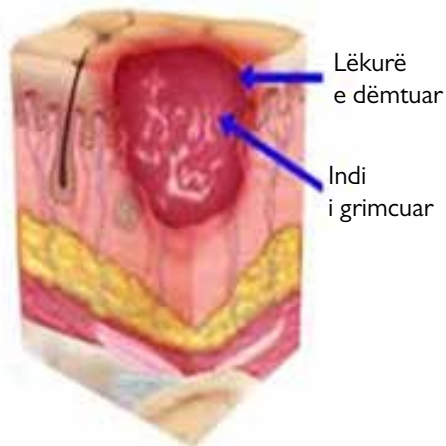


### Stadi 2:

- Flluska (të çara ose jo)
- Dëmtim i pjesshëm i një shtrese të lëkurës (p.sh. një çarje)
- Përfshirje e epidermës (deri tek derma, por pa e përfshirë atë)

### Trajtimi - stadi 2

- Mjekoni\*, mbuloni dhe pastroni zonën
- Përdorni krem hidratant përreth zonës



- Eleminoni presionin/shtypjen
- Ripoziciononi pacientin çdo 2 orë
- Mbrojeni zonën e prekur
- Përmirësoni ushqyerjen
- Shtoni marrjen e vitaminës C, proteinave, lëngjeve
- Përmirësoni qarkullimin e gjakut
- Ushtrime dhe fizioterapi në çdo pjesë të trupit



Zona në fokus



### Stadi 3:

- Përfshirje e të gjitha shtresave të lëkurës (epiderma, derma, subkutis)
- Rreziku për infeksion

### Trajtimi - stadi 3

- Eleminoni presionin/shtypjen
- Mjekoni\*, mbuloni, dhe pastroni zonën
- Përmirësoni ushqyerjen
- Përmirësoni qarkullimin e gjakut
- Ndërhyrje mjekësore
- Heqja në mënyrë mekanike ose kimike e pjesëve të nekrotizuara

- Antibiotikë nëse ka infeksion
- Garza të njoma për riepitelizimin

### Stadi 4:

- Përfshirje e të gjitha shtresave të lëkurës deri tek muskujt, tendinet dhe kockat
- Rrezik i lartë për infeksion

### Trajtimi - stadi 4

- Eleminoni presionin/shtypjen
- Mbuloni, mbronni dhe pastroni zonën
- Mjekoni\*
- Përmirësoni ushqyerjen dhe hidratimin (është shumë e rëndësishme)
- Përmirësoni qarkullimin e gjakut
- Ndërhyrje mjekësore
- Heqja në mënyrë mekanike ose kimike e pjesëve të nekrotizuara
- Antibiotikë nëse ka infeksion
- Garza të medikamentuara për riepitelizim



### ! Kujdes mos përdorni:

- **Dezinfektantë profilaktikë** (p.sh. betadinë/jod, peroksid hidrogjeni)
  - Këto thajnë shtratin e plagës, ngadalsojnë shërimin e saj dhe rigjenerimin e qelizave të shëndosha.
- **Antibiotikë lokale**
  - Rrisin rezistencën mikrobiale
  - Nuk eliminojnë të gjithë patogenët
  - Nuk ndihmojnë në shërimin e plagës në thellësi

- **Masazhim**
  - Dëmton më shumë indet e dëmtuara tashmë
- **Komardare**
  - Shkakton presion/shtypje dhe ulje të qarkullimit të gjakut në indet përreth

### Vlerësimi i një dekubitusi

- Lokalizimi (bëj një fotografi nëse është e mundur)
- Përmasat:
  - Gjatësi (nga koka tek këmbët)
  - Gjerësi (nga njëra anë në tjetrën)
  - Thellësi (në pjesën më të thellë)
  - “Tunele ose Zgavra” mati duke përdorur metodën e orës)

- Sekrecionet: tipi, sasia, era, ngjyra (serosanguinoze, e gjakosur, purulente)
- (Përshkruaj sasinë me anë të shtresave të garzave që janë njomur)
- Shtrati i plagës: granuluar, qelbëzuar, nekrotizuar
- Lëkura përreth: rozë, e padëmtuar ose rimerr ngjyrë pas shtypjes
- Dhimbja

**! Kujdes! Parandalimi është shumë herë më i lehtë dhe më kostoeftiv sesa trajtimi.**

---

\*Respektoni parimin e përgjithshëm: shtrati i plagës duhet të jetë i lagësht kurse lëkura përreth duhet të jetë e thatë. Hidhni në plagë ato solucione që do të duronte syri juaj.

Mjekimi me garzat e njoma për riepitelizim:

1. Mbushni shtratin e plagës me garzë të njomur me solucion fiziologjik deri në thellësinë më të madhe të plagës përfshirë tunelet dhe zgavrat.
2. Vendosni garza të thata në pjesën e sipërme duke u siguruar që sasia e garzave të jetë në proporcion me sasinë e sekrecioneve që ka plaga.
3. Vendosni ngjitëse sipër garzave (mundësisht të jenë prej letre që të mos acarojnë lëkurën përreth).
4. Garzat duhet të ndërrohen 3-4 herë në ditë. Solucioni NaCl bën shkrijen natyrale të indeve të nekrotizuara dhe me heqjen e garzës nga shtrati i plagës ndodh edhe heqja e këtyre indeve. Kjo lejon granulimin e qelizave të shëndosha, më tej riepitelizimin, afrimin e buzëve të plagës derisa gradualisht ndodh mbyllja e saj. Ky quhet shërimi sekondar (nga brenda-jashtë).
5. Lyeni lëkurën përreth shtratit të plagës me krem me përmbajtje zinku (largon lagështirën) dhe vitaminash (ushqen dhe hidraton lëkurën).

## II

# NEBULIZATORI

Nebulizatori është një pajisje mjekësore, i cili përdoret nga pacientë me probleme të traktit respirator, me qëllim administrimin direkt dhe të shpejtë të medikamenteve në pulmone.

**Qëllimi:** Nebulizatori ka për qëllim, shndërrimin e medikamenteve të lëngshme në avull shumë të imët dhe pacienti mund ta thithë atë nëpërmjet maskës së fytyrës ose nëpërmjet një kanjule nga goja.

### Indikacionet

Nebulizatori përdoret në:

1. Lehtësimin e insuficiencës respiratore për shkak të bronkospazmave.
2. Korrigjimin e çrregullimeve respiratore, përgjegjëse për bronkospazmat.
3. Lagështimin dhe eliminimin e sekrecioneve.
4. Reduktimin e inflamacionit dhe përgjigjeve alergjike të traktit të sipërm respirator.
5. Korrigjimin e lagështimit të ajrit në pacientët të cilët inspirojnë ajër me ventilim mekanik ose në pacientët post kirurgjikale.
6. Lehtësimin e atakut në pacientët me asthma bronkiale.
7. Detresin respirator
8. Pacientët me stridor
9. Kongjestionin respirator
10. Pneumoni
11. Atelektazë

### Tipet e nebulizatorëve

Ekzistojnë tre lloje kryesore të nebulizuesve:



1. Inhalator



2. Jet nebulizator



3. Nebulizatori ultrasonic

Të gjithë llojet e nebulizatorëve ndihmojnë në lehtësimin e shpejtë të simptomave dhe minimizojnë riskun e efekteve anësore të medikamenteve.

## Pajisjet e nevojshme për procedurën e nebulizimit:

- Nebulizatori (kompresori i ajrit) dhe tubi lidhës i nebulizatorit
- Maskë goje / kanjullë që përdoret në gojë
- Maskë fytyre
- Medikamentet respiratore që do të përdoren
- Tretësirë fiziologjik
- Tampon pambuku
- Ujë i sterilizuar
- Gotë për sputumin
- Dezinfektant
- Baçinelë
- Kartela e pacientit



## Medikamentet që mund të përdoren në nebulizator

- Kortikosteroidë për të trajtuar inflamacionin.
- Bronkodilatatorë për të bërë dilatacion të rrugëve të ajrit.



## Procedura

1. Identifikoni pacientin dhe procedurën e caktuar për të.
2. Monitoroni frekuencën kardiake para dhe pas trajtimit tek pacientët që janë duke përdorur bronkodilatatorë, të cilët shkaktojnë palpacione, takikardi, nausea, etj.
3. Shpjegojini pacientit procedurën për të pasur bashkëpunim dhe efektivitet në trajtim.
4. Vendosni pacientin në një pozicion të rehatshëm gjysëm ndenjur për të rritur komplaincën pulmonare dhe shpërndarjen maksimale të medikamenteve. Në rast se pacienti është fëmijë, ai mund të ulet tek prehëri juaj.
5. Vendosni aparatit në një vend me sipërfaqe të sheshtë dhe të forte.
6. Lani duart dhe thajini plotësisht.
7. Vendosni medikamentet e përshkruara sipas dozës së duhur në vendin përkatës të aparatit. Shtoni solucion fiziologjik nëse nevojitet.
8. Lidhni tubin me kompresorin.
9. Lidhni kompresorin me prizën e energjisë elektrike dhe e vendosim në punë. Nëse ai funksionon në rregull, do të shihni "avull" në formë "mjegulle" nga pjesa e pasme e tubit.
10. Vendosni maskën në fytyrën e pacientit duke mbuluar me të gojën dhe hundën dhe instruktoheni atë të marrë frymë thellë dhe ngadalë, ta mbajë frymën dhe pastaj të ekspirojë disa herë. Në varësi të nebulizatorit dhe patologjisë së pacientit, mund të përdoret tubi në gojën e pacientit.



11. Observoni gjoksin e pacientit për t'u siguruar se pacienti është duke marrë frymë thellë. Kjo siguron që medikamenti kalon nivelin poshtë orofaringut.



12. Instruktoni pacientin të marrë frymë ngadalë dhe thellë, derisa të nebulizohet i gjithë medikamenti. Medikamenti zakonisht nebulizohet brenda 15 minutash.
13. Kërkojini pacientit të kollitet pas disa frymëmarrjeve të thella. Kjo ndihmon në nxjerrjen e sekrecioneve.
14. Observoni pacientin për ndonjë reaksion të mundshëm gjatë trajtimit.
15. Dokumentoni medikamentin e përdorur si dhe përshkruani sekrecionet e ekspektuara.
16. Fikni aparatën. Sigurohuni që është fikur dhe shkëputni depozitën e medikamentit nga tubi. Pastroni depozitën e ilaçit dhe tubin, me ujë dhe sapun dhe më pas shpëlajini me ujë të bollshëm. Pastaj vendosni artikujt në një peshqir të pastër dhe lërinë të thahen plotësisht. Mos pastroni asnjë pjesë të nebulizatorit në lavastovilje, pasi plastika mund të deformohet për shkak të nxehtësisë.
17. Pastroni nebulizatorin pas çdo përdorimi. Pastrimi dhe sterilizimi i aparatit parandalon hyrjen e mikroorganizmave në pulmone. Tubi duhet të ndërrohet çdo 48 orë. Çdo pacient duhet të ketë nebulizatorin e vet.
18. Lani duart pas përfundimit të procedurës.

### **Efektet anësore**

1. Tharje apo irrim i fytit, dhe në raste të veçanta kollë.
2. Lotim të syve, teshtima apo kruarje të hundës.
3. Djegie apo gjakrrjedhje nga hundët.
4. Nausea dhe dhimbje në epigastër.
5. Dhimbje koke, marrje mendsh.
6. Shije të pakëndshme në gojë.
7. Çrregullime të urinimit (shtim ose pakësim të urinimit).

### **Kundërindikacionet**

Nebulizimi kundërindikohet në:

1. pacientët me hypertension arterial apo tension arterial të paqëndrueshëm
2. individët me irritabilitet kardiak
3. personat me takikardi
4. pacientët jo koshientë

### **Avantazhet e Nebulizimit:**

- siguron terapi për pacientët të cilët nuk mund të përdorin metoda të tjera trajtimi me inhalacion

- lejon administrimin e dozave të mëdha të medikamenteve
- nuk kërkon koordinim të pacientit

### **Dizavantazhet e Nebulizimit:**

- kufizim në transport
- kohë e gjatë administrimi
- kosto e lartë

### **Kujdesi për nebulizatorin**

Kur përdorni një nebulizator në shtëpi, është thelbësore që të tregohet kujdes i duhur në lidhje me të.

- Nebulizatori (kompresori i ajrit) mbahet i pastër duke e fshirë me një pecetë të pastër dhe të lagur sipas nevojës. Mos e vendosni kompresorin e ajrit në dysheme gjatë punës apo edhe gjatë kohës së pushimit
- Pas çdo trajtimi, pastrojeni kupën e nebulizatorit plotësisht me ujë të ngrohtë, eliminoni ujin e tepërt dhe lërinë të thahet në ajër. Në fund të çdo dite, lani kupën dhe maskën ose kanjulën e gojës në ujë të ngrohtë me një detergjent të butë. Shpëlajeni tërësisht dhe lërinë të thahet në ajër. Tubi i nebulizatorit nuk ka nevojë të pastrohet.
- Dizinfektoni nebulizatorin tuaj një herë në javë ose më shpesh sipas udhëzimeve. Pasi të keni larë pajisjet, dezinfektoni nebulizatorin me një nga metodat e mëposhtme:
  - zhyteni në alkool 70% për 5 min.
  - zhyteni në peroksid hidrogjeni 3% për 30 min.

Pas dezinfektimit të ftohtë, eliminoni ujin e tepërt dhe lërinë të thahet në ajër.

- Dizinfektimi i pajisjes në nxehtësi:
  - përdorni një sterilizues elektrik me avull
  - ziejeni për 5 minuta në një enë me ujë.

Kontrolloni filtrin e kompresorit të ajrit sipas udhëzimeve dhe zëvendësoni ose pastroni filtrin në përputhje me udhëzimet nga furnizuesi juaj i pajisjeve. Gjithmonë duhet të keni shtesë një gotë dhe maskë ose kanjulë goje.



Aspirimi oral është një procedurë që konsiston në përdorimin e një kateteri aspirues plastik, për të hequr sekrecionet orale dhe faringeale përmes gojës. Aspirimi oral është i dobishëm për të pastruar sekrecionet nga goja në rastin kur pacienti nuk është në gjendje t'i largojë ato, si pasojë e kollitjes inefektive dhe pamundësisë për t'i shkëputur dhe nxjerrë këto sekrecione nga goja.

### Qëllimi i kryerjes së aspirimit oral është:

- Mbajtja e rrugëve të ajrit të pastra
- Përmirësimi i oksigjenimit duke larguar sekrecionet dhe përmbajtjen e huaj (të vjella ose sekrecione gastrike) nga goja dhe fyti (orofaringu).
- Frymëmarrje më efektive

### Aspirimi oral indikohet në rastet kur pacienti ka:

- Prani të sekrecioneve të trasha dhe viskoze
- Iskemi apo infarkte cerebro vaskulare
- Refleks të dëmtuar të kollës ose gëlltitjes.
- Grumbullim të sasive të mëdha të sekrecioneve orale
- Prezencë të sekrecioneve gastrike apo të vjellave

### Llojet e kateterëve për aspirimin oral:

- **Kateteri aspirues**, i cili futet në gojë dhe farings, në mënyrë që të thithë sekrecionet që shkaktajnë pengesa në rrugët e frymëmarrjes.



*Kateteri i aspirimit*

- **Yankauer**, i cili përdoret brenda gojës për të hequr sekrecionet dhe për të parandaluar aspirimin (Përdoret gjerësisht nga stomatologët)



*Yankauer*

## Pajisjet e nevojshme për të kryer aspirimin oral janë:

- Aparati i aspirimit
- Tubi lidhës
- Doreza jo sterile
- Doreza sterile
- Lubrifikant
- Kateteri yankauer ose kateteri i thjeshtë apirimi steril Nr 10-16 Fr
- Kontenier steril
- Ujë i distiluar
- Maskë dhe peshqir të pastër.
- Qese e posaçme për mbeturinat

## Këshilla para fillimit të procedurës

- Shmangni apirimin oral tek pacientët që kanë kryer ndërhyrje kirurgjikale në kokë dhe qafë.
- Përdorni teknikat e sterilitetit gjatë procedurës.
- Vlerësoni cilët pacientë kanë rrezik për aspirim dhe nuk janë në gjendje të pastrojnë sekrecionet për shkak të refleksit të dëmtuar të kollës.
- Shmangni sa të mundni stimulimin e refleksit të mbytjes.
- Gjithmonë kryeni një vlerësim të respiracionit duke monitoruar pacientin deri në përmirësim.
- Merrni parasysh shkaqet e tjera të mundshme të distresit respirator, të tilla si pneumotoraksi, edema pulmonare.
- Nëse ndodhin efekte anësore jo normale (p.sh. vështirësi e shtuar në frymëmarrje, hipoksi, përkeqësim i shenjave vitale ose pështymë me gjak), ndërprisni procedurën dhe kërkoni ndihmën e nevojshme.

## Procedura

1. Vlerësoni nevojën e pacientit për aspirim (vlerësim i frymëmarrjes për shënja të hipoksisë), rrezik për aspirim dhe paaftësi për të mbrojtur në mënyrë adekuate rrugët e frymëmarrjes.
2. Kontrolloni për praninë e sekrecioneve gastrike, të vjellave të mbetura në kavitetin oral, ose gurgullima tingujsh në inspirim dhe ekspirim.
3. Shpjegojini pacientit procedurën e cila do të ndihmojë në pastrimin e sekrecioneve dhe do të zgjasë vetëm disa sekonda. Kjo i jep

kohë pacientit për të bërë pyetje dhe për t'u pajtuar me procedurën që duhet kryer.

4. Poziciononi pacientin në pozicionin Semi-Fowler ose High-Fowler me kokën e kthyer anash në drejtimin tuaj. Pacientët jo koshientë, duhet të vendosen në pozicionin anësor/lateral. **Arsyeja: pozicioni anësor nxit drenimin e sekrecioneve përpara.**
5. Mblidhni mjetet e nevojshme dhe hapini ato në një vend të përshtatshëm për të kryer procedurën
6. Aplikoni higjienën e duarve, vishni dorezat. Vendosni maskë për të evituar spërkatjen me sekrecionet.
7. Mbushni kontenierin me ujë për të pastruar tubin lidhës me aspiratorin dhe kateterin e aspirimit midis thithjeve.



8. Bashkoni tubin lidhës me aparatit dhe skajin tjetër me kateterin e aspirimit. (Pranë vendit të bashkimit të tubit lidhës dhe kateterit, ndodhet një vrimë e cila duhet të bllokohet me gishtin e madh. Kjo shërben për të rregulluar presionin e duhur gjatë procedurës. Përgjatë fundit të tij, kateteri ka disa vrima të vogla tek të cilat thithen sekrecionet kur aplikohet aspirimi.
9. Ndizni aspiratorin. Testoni funksionin e tij duke vendosur gishtin e madh në portën dalëse të tubit lidhës të aspiratorit duke thithur një sasi të vogël uji. Nivelet e aspirimit për të rriturit janë 100-150 mmHg. **(Kujdes! Presioni i lartë shkakton trauma pa arritur heqjen e sekrecioneve).**
10. Vendosni një peshqir në gjoksin e pacientit për të shmangur rrjedhjen e sekrecioneve.
11. Gjithmonë përgatituni për të administruar dhënien e oksigjenit, nëse pacienti ka frymëmarrje të shkurtër ose ka nivele të ulëta të saturimit të O<sub>2</sub>.

12. Lubrifikoni kateterin në mënyrë që mos shkaktojë trauma mukozale.
13. Inkurajoni pacientin të kollitet dhe të marrë frymë thellë disa herë përpara se të filloni aspirimin.
14. Aplikoni aspirimin duke drejtuar kateterin përgjatë kufirit të gingivave për në faring me një lëvizje rrethore, duke mbajtur kateterin në lëvizje. Lëvizja parandalon dëmtimin e mukozës orale dhe shkaktimin e traumave në indet perreth.



15. Aplikoni aspirimin maksimalisht për 10 deri në 15 sekonda.
16. Pasi hiqni kateterin, mbështilleni atë rreth dorës tuaj dominuese (sterile) për të parandaluar ndotjen.
17. Aplikoni aspirimin në të dy anët e gojës së pacientit dhe zonës së faringut. Nëse sekrecionet janë të trasha, pastroni lumenin e kateterit duke aspiruar ujë të distiluar.
18. Përsëriteni procedurën deri në 3 herë derisa tingujt e gurgullimës të ndalojnë dhe frymëmarrjet të jenë të qeta.
19. Lejoni pacientin të pushojë në mes të aspirimit, për 30 sekonda deri në 1 minutë.  
**Arsyeja: Koha ndërmjet çdo thithjeje lejon rioksigjenim dhe ventilim të pacientit.**
20. Nëse është e nevojshme, administroni oksigjen për të parandaluar hiposkinë.
21. Vlerësoni dhe përsërisni aspirimin oral nëse është i nevojshëm. Vlerësoni gjendjen e pacientit para dhe pas aspirimit për të përcaktuar nëse ndërhyrja ishte efektive.
22. Rivlerësoni statusin e frymëmarrjes dhe nivelet e saturimit të O<sub>2</sub>. Kjo identifikon përgjigjen pozitive ndaj procedurës së aspirimit.



23. Sigurohuni që pacienti është në një pozicion të rehatshëm. Siguroni higjienën orale.
24. Pasi të keni përfunduar aspirimin, hiqni dorezat sterile mbi kateterin e mbështjellë dhe vendosni ato në qesen e mbetjeve të posaçme.
25. Lëreni pacientin të pushojë pas aspirimit.
26. Regjistroni datën, kohën, arsyen e aspirimit, sasinë, ngjyrën, qëndrueshmërinë dhe aromën e sekrecioneve (nëse ka), statusin e frymëmarrjes së pacientit para dhe pas procedurës, çdo ndërlëkim dhe ndërhyrje infermiore të ndërmarrë.

**Pasi keni mbaruar aplikimin e gjithë procedurës dhe keni rehatuar pacientin, vazhdoni me pastrimin e aspiratorit për t'a bërë atë gati për përdorimin e rradhës.**

#### **Pastrimi i aspiratorit**

- Vishni doreza për të shmangur kontaktin me substancat e ndotura.
- Shkëpusni kontenierin nga pajisja dhe çmontoni të gjitha pjesët; tubin lidhës, filtrin antibakterial
- Zbrazni dhe hidhni përmbajtjen e kontenierit të sekrecioneve në enët e posaçme të mbetjeve;
- Pastroni aparatit me një copë të lagur dhe detergjent, më pas thajeni me një copë pambuku. Për të dezinfektuar, lagni një copë me tretësirë zbardhuese 10% dhe pastroni tërësisht aparatit, duke u kujdesur që të mos futet lëng në aspirator.
- Lani kontenierin dhe tubin lidhës me ujë të bollshëm çezme.
- Pjesët e çmontuara vendosini për 60 minuta në tretësirën e uthullës me sodë.

- Nëse është e nevojshme, përdorni një furçë jo-gërryese për të hequr çdo papastërti të dukshme.
- Shpëlani me ujë të ngrohtë të rrjedhshëm (temperaturë jo më tepër se 60°C) dhe thani të gjitha pjesët me një copë të butë (jo gërryese).
- Një dezinfektim i mëtejshëm i kontenerit, kapakut dhe tubit lidhës mund të kryhet me alkool.
- Në fund të pastrimit, lëreni të thahet në ajër, në një mjedis të pastër.
- Montoni me kujdes të gjitha pjesët e aparatit.

## ASPIRIMI NAZOFARINGEAL

Aspirimi nazofaringeal është një teknikë që përfshin përdorimin e një pajisje aspirimi për të eliminuar sekrecionet (sputumin) nga rrugët e sipërme të frymëmarrjes kur pacienti nuk është në gjendje t' a bëjë vetë.

Teknika përfshin kalimin e një kateteri aspirues nga hunda drejt rrugës së frymëmarrjes, derisa të stimulohet kolla ose refleksi i mbytjes. Kjo është një procedurë invasive, e përdorur vetëm në rrethanat kur teknikat e tjera nuk kanë dhënë rezultat.

### Qëllimi i aspirimit nazofaringeal është:

- Ventilimi eficient i rrugëve të ajrit
- Reduktimi i riskut për zhvillimin e infeksioneve

### Indikacionet

#### Aspirimi nazofaringeal indikohet kur duhet të:

- Pastrojmë sekrecionet nazofaringeale, në rastet kur pacienti nuk është i aftë t'i nxjerrë ato nëpermjet kollës.
- Përmirësojmë nivelin e oksigjenimit
- Lehtësojmë frymëmarrjen e mundimshme
- Lehtësojmë marrjen e ushqimit

#### Kundërindikohet në rastet kur ka:

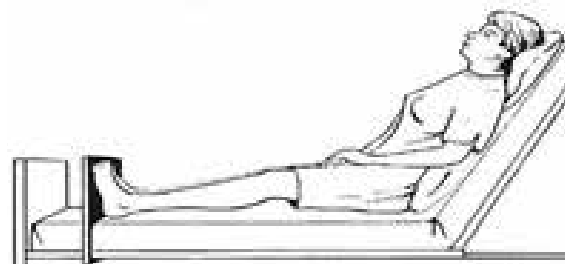
- Fraktura të kafkës ose fraktura të fytyrës
- Koagulopati ose rrezik për hemorragji

### Komplikacionet që mund të ndodhin gjatë aspirimit:

- Desaturim/hipoksi
- Nauzea, të vjella dhe aspirim i tyre
- Laringospazma /bronkospazma
- Bradikardia
- Apnoe
- Trauma të mukozës nazofaringeale

### Pajisjet e nevojshme që duhen për kryerjen e aspirimit nazofaringeal:

- Një kateter i butë aspirimi me madhësi të përshtatshme
- Aparati i aspirimit (thithësi/aspiruesi, rregullatori i presionit, tubi lidhës, kontenieri mbledhës i sekrecioneve)
- Doreza jo sterile dhe sterile, maskë dhe mburojë për sytë.
- Peshqir të pastër.
- Lubrifikant me bazë uji.
- Enë me ujë të distiluar për të shpëlarë tubin thithës
- Aparat oksigjeni të disponueshëm pranë shtratit
- Merrni në konsideratë edhe ndonjë analgjezik në formë spray për të shmangur dhimbjen traumatike gjatë procedurës.



## Presioni i përdorur gjatë aspirimit

Mosha	mmHg
Infantë më të vegjël se 1 vjeç	60-80
Fëmijë 1-6 vjet	80-100
Fëmijë 6-14 vjet	Deri në 120
Të rritur	150-250

## Procedura

Shpjegojini me qetësi procedurën pacientit dhe merrni aprovimin e tij.

1. Poziciononi pacientin në semi-fowler (gjysëm ndenjtur), në një kënd 45 gradë për të lehtësuar dhe hapur rrugët e frymëmarrjes.
2. Vendosni një peshqir të pastër mbi gjoksin e pacientit, për të evituar rrjedhjen e sekrecioneve mbi rroba.
3. Oksigjenoni pacientin nëse ka nivele të ulëta të saturimit.
4. Hapni setin e mjeteve të nevojshme për procedurën.



## Madhësia e kateterit të aspirimit

Mosha	Nr i kateterit
Infantë më të vegjël se 1 vjeç	5-7 Fg (shkalla franceze)
Fëmijë 1-6 vjet	6-8 Fg
Fëmijë 6-14 vjet	8-10 Fg
Të rritur	12-14 Fg

5. Lani duart, vendosni maskën bashkë me syzet mbrojtëse, vishni dorezat sterile dhe përdorni teknikat aseptike gjatë gjithë kohës.
6. Merrni kateterin e aspirimit me dorën dominante pa prekur sipërfaqet jo sterile.



7. Me dorën jo dominante merrni tubin lidhës.
8. Sigurohuni që tubat janë të lidhur si duhet.
9. Vendosni shkallën e presionit thithës 100-150 mmHg.
10. Kontrolloni nëse aspiratori po funksionon si duhet duke provuar të thithni një sasi të vogël uji nga një bacinelë.





11. Vlerësoni gjatësinë e futjes së kateterit të aspirimit duke e matur nga hunda në këndin e nofullës së poshtme.



12. Lubrifikoni majën e kateterit 6-8 cm.



13. Pa aplikuar forcë, fusni kateterin butësisht në kavitetin nazal në një kënd prej 90 gradësh me fytyrën.



14. Shtyni kateterin me ngadale deri sa pacienti të përjetojë refleksin e mbytjes.
15. Ndaloni nëse hasni rezistencë.
16. Tërhiqeni kateterin pak dhe vazhdoni me levizje rrethore për të lehtësuar avancimin (mos kalojë më shumë se 15 sekonda).
17. Numri maksimal i përpjekjeve për aspirim nuk duhet të jetë më shumë se 3 herë.
18. Në çdo interval aspirimi, lejoni pacientin të pushojë për 30 sekonda deri në 1min. Kjo i jep atij mundësinë për t'u rioksigjenuar.
19. Hiqeni kateterin pa e fikur pajisjen.
20. Sigurohuni që pacienti është në gjëndje të qëndrueshme dhe komod.
21. Shpëlani tubat thithës duke thithur ujë të distiluar.
22. Pas procedurës hiqni dorezat dhe lani duart.
23. Shpjegojini kujdestarëve efektivitetin e procedurës.
24. Dokumentoni procedurën, rezultatet dhe tolerancën e pacientit ndaj kësaj procedure.

**Pasi keni mbaruar aplikimin e gjithë procedurës dhe keni rehatuar pacientin, vazhdoni me pastrimin e aspiratorit për t'a bërë gati për përdorimin e rradhës.**

### Pastrimi i aspiratorit

- Vishni doreza për të shmangur kontaktin me substancat e ndotura.
- Shkëpusni kontenierin nga pajisja dhe çmontoni të gjitha pjesët: tubin lidhës, filtrin antibakterial.

- Zbrazni dhe hidhni përmbajtjen e kontenierit të sekrecioneve në enët e posaçme të mbetjeve
- Pastroni aparatit me një copë të lagur dhe detergjent, më pas thajeni me një copë pambuku. Për t' a dezinfektuar, lagni një copë me tretësirë zbardhuese 10% dhe pastroni tërësisht aparatit, duke u kujdesur që të mos futet lëng në aspirator.
- Lani kontenierin dhe tubin lidhës me ujë të bollshëm çezme.
- Pjesët e çmontuara vendosini për 60 minuta në tretësirën e uthullës me sodë.
- Nëse është e nevojshme, përdorni një furçë jo-gërryese për të hequr çdo papastërti të dukshme.
- Shpëlani me ujë të ngrohtë të rrjedhshëm (temperaturë jo më tepër se 60°C) dhe thani të gjitha pjesët me një copë të butë (jo gërryese).
- Një dezinfektim i mëtejshëm i kontenierit, kapakut dhe tubit lidhës, mund të kryhet me alkool.
- Në fund të pastrimit, lëreni aparatit të thahet në ajër, në një mjedis të pastër.
- Montoni me kujdes të gjitha pjesët e aparatit.



## KATETERIZIMI URINAR

Kateterizimi urinar është një procedurë invazive, e cila i referohet futjes së tubit të kateterit përmes uretrës drejt fshikëzës për të drenuar urinën. Edhe pse nuk është një procedurë komplekse, kateterizimi urinar shpesh mund të jetë i vështirë për t'u aplikuar.

Kateterizimi është procedura e fundit që duhet aplikuar tek një pacient me probleme të traktit urinar. Kjo pasi rrugët urinare janë rrugët më sterile në organizmin e njeriut dhe infeksionet bakteriale të traktit urinar janë mjaft rezistente, të zgjatura në kohë dhe të vështira për t'u trajtuar.

### **Kateterizimi indikohet për:**

- Pacientët me inkontinencë urinare
- Pacientët me retension urinar
- Pacientët me vezikë neurogjene
- Marrjen e një mostre sterile të urinës nga pacienti
- Matjen e sasisë së urinës reziduale në vezikën urinare
- Zbrazjen e vezikës urinare para ndërhyrjeve kirurgjikale dhe ekzaminimeve diagnostikuese të caktuara
- Menaxhimin e problemeve urinare tek pacientët e moshuar dhe jo vetëm.

### **Kateterët janë dy llojesh: të përkohshëm dhe permanentë.**

### **Kateterizimi me kateter të përkohshëm** (kateteri një-rrugësh) i cili përdoret për:

- Lehtësim të menjëhershëm të retensionit urinar
- Marrjen e një mostre sterile të urinës
- Përcaktimin e prezencës së urinës reziduale në vezikë pas urinimit (nëse ekzaminimi imazherik i fshikëzës nuk është i mundur)

### **Kateterizimi me kateter permanent** (kateteri dy ose tre rrugësh) përdoret për:

- Menaxhimin e inkontinencës urinare
- Menaxhimin afatgjatë të vezikës neurogjene
- Parandalimin e dëmtimit të lëkurës nga lagështia në rastin e inkontinencës urinare
- Menaxhimin më të mirë të plagëve (decubitus, plagë malinje, kirurgjikale etj)
- Të ndihmuar në riparimin kirurgjikal të uretrës, fshikëzës ose strukturave përreth
- Kryerjen e lavazhit dhe administrimit të medikamenteve

### **Kundërindikacionet**

#### **Kateterizimi permanent nuk aplikohet tek:**

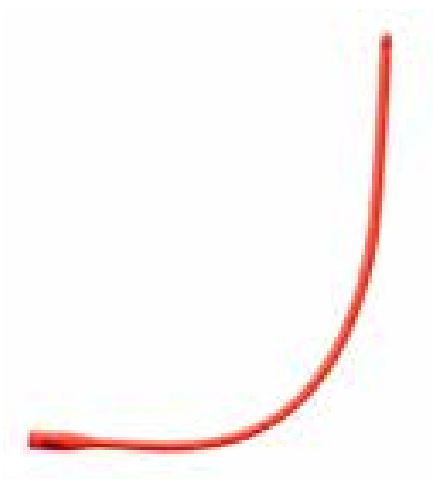
- Pacientët me trauma ose dëmtim të uretrës:
- Pacientët që bëjnë hemorragji nga meatusi uretral
- Pacientët prostata e të cilëve gjatë ekzaminimit rektal duket mbi nivelin normal.

- Pacientët me hematoma penile, skrotale, perineale
- Pacientët tek të cilët kateterizimi i fundit ka qenë i pamundur
- Pacientët me strikturë të uretrës dhe probleme të tjera urologjike, të cilat e kundërlindojnë kateterizimin urinar.

**! Kujdes!** Në rastet kur pacientët kanë bërë ndërhyrje kirurgjikale të traktit urinar, këshillohuni më parë me kirurgun për llojin e ndërhyrjes kirurgjikale dhe llojin e kateterit që mund të insertoni.

### Llojet e kateterëve:

1. Një-rrugësh prej nelatoni, nuk kanë balon dhe përdoren për kateterizimin e përkohshëm



2. Dy-rrugësh prej latex ose silikon (Foley) – këta kateterë kanë një lumen nga rrjedh urina dhe një lumen për balonin. Ky tip përdoret për kateterizim të vazhdueshëm.



3. Tre-rrugësh latex ose silikon (Foley) - një lumen për rrjedhjen e urinës, një lumen për balonin dhe një lumen për lavazh të vazhdueshëm.



### Përmasat e kateterëve varen nga:

- Moshë
- Seksi
- Patologjia e pacientit

### Përmasat e kateterëve:

- Nr. 6-10 F për fëmijët
- Nr. 12-14 për femra
- Nr. 16-18 F për meshkuj
- Nr 18-20 F për urinë me kripra, mukozë dhe hematuri
- Nr. 22 F është madhësia standarde për lavazhin e fshikëzës

### Kateterët mund të mbahen

- 20-30 ditë qëndrimi mesatar
- 30-60 ditë qëndrimi të gjatë

### Këshilla bazike:

- Tek femrat e rritura pozicioni normal i uretrës është 2.5 cm poshtë glans klitorit. Shpesh, mund të jetë e vështirë për t'u gjetur tek foshnjat ose femrat e moshuara pas menopauzës. Herë pas here hapja uretrale tërhiqet superiorisht në vaginë dhe mund të gjendet me prekje.

- Uretra femërore është e gjatë 4 cm. Uretra mashkullore është e gjatë 20 cm - gjithnjë shtyni kateterin deri në 2/3-tat e gjatësisë së tij para se të fryni balonin.
- Mos e tejmbushni balonin e kateterit pasi kjo do të çojë në shtrembërim të tij, duke bërë që maja e kateterit të devijojë brenda fshikëzës dhe nëse kateteri qëndron gjatë, kjo mund të rezultojë në nekrozë të murit të fshikëzës.
- Urina mund të mos rrjedhë fillimisht për shkak të bllokimit nga xheli lubrifikues. Ju mund të shpejtoni rrjedhën duke thithur butësisht kateterin me një shiringë, ose duke ushtruar presion në pjesën suprapubike të pacientit.

### **Materialet e nevojshme për vendosjen e kateterit:**

- Doreza sterile
- Doreza jo sterile
- Set kateterizimi
- Ujë të ngrohtë ose letra higjenike të lagura për pastrim
- Lubrifikant
- Shiringë për të mbushur balonin
- Solucion fiziologjik për të mbushur balonin
- Qese urine
- Baçinelë
- Kateteri Foley
- Shtroje/pecetë të padepërtueshme nga uji
- Qese për mbledhjen e materialeve të përdorura



### **Procedura e vendosjes së kateterit:**

1. Informoni pacientin mbi procedurën dhe siguroni komfort për të.
2. Vendosni një shtroje/pecetë të padepërtueshme nga uji poshtë pacientit për të shmangur ndotjen/lagien e çarçafëve.
3. Poziciononi pacientin në pozicionin shtrirë në shpinë me gjunjë të flektuara dhe të hapura anash (për pacienten femër)
  - **Pacienti mashkull:** I shtrirë në shpinë me këmbë të shtrira dhe pak të hapura. Pacientit i kërkohet të jetë i qetë deri në përfundim të procedurës.
4. Vendosni doreza jo sterile;
5. Inspektoni rregjonin perineal për eritemë, rrjedhje apo erë të keqe për të përcaktuar gjendjen perineale dhe pozicionin anatomik.
6. Bëni pastrimin e zonës perineale dhe rrugëve gjentiale me ujë të ngrohtë ose letër higjenike të lagur.
  - **Pacientja femër:** ndajme labiat me gishtat e dorës jo-dominante. Me dorën dominante, pastroni labiat dhe meatusin e uretrës nga klitori në anus, dhe nga labia e jashtme në palosjet e brendshme të labiave deri në meatusin e uretrës.
  - **Pacienti mashkull:** Butësisht kapeni penisin në corpus cavernos (trupin) dhe mbajeni atë në këndin e duhur gjatë gjithë procedurës me dorën jo dominante. Me dorën dominante, pastroni meatusin e uretrës në një lëvizje rrethore nga jashtë për tek meatusi.
7. Hiqni dorezat me të cilat keni manipuluar dhe hidhini ato në qesen e mbeturinave.
8. Pasi keni vendosur për llojin dhe madhësinë e kateterit hapni setin e kateterizimit.
9. Mbushni me solucion fiziologjik një shiringë nga 5-15 ml, kjo sasi varet nga volumi i ballonit dhe është e shkruar tek amballazhi i kateterit.
10. Lidhni qesen e urinës me njërën nga hapjet/vrimën në fundin e kateterit.
11. Vendosni dorezat sterile
12. Hapni pjesën e sipërme të qeses së amballazhit të kateterit dhe lubrifikoni majën e tij me lubrifikant steril mbi një sipërfaqe sterile (kjo ndihmon në rrëshqitjen e kateterit dhe eliminimin e traumës).
13. Mbani kateterin me dorën dominante sterile 7,5 deri në 10 cm poshtë majës së kateterit.

Mbajtja e kateterit afër majës do të ndihmojë në kontrollin dhe manipulimin e kateterit gjatë futjes.

14. Vendosni kateterin si më poshtë.

- **Pacientja femër:** Me dorën jo dominante hapni buzët e jashtme në mënyrë që të ekspozohet meatusi uretral. Me dorën dominante sterile merrni kateterin dhe futeni 5 deri në 7,5 cm derisa urina të rrjedhë nga kateteri.
- **Pacienti mashkull:** Me dorën jo dominante mbajeni penisin pingul me trupin dhe tërhiqeni pak lart. Me dorën dominante sterile, fusni ngadalë kateterin përmes meatusit të uretrës. Shtyni kateterin 17 deri 22.5 cm (afërsisht 2/3-tat e gjatësisë së kateterit) ose derisa urina të rrjedhë nga kateteri.

15. Kur në tub fillon të duket urinë, shtyjme kateterin edhe disa cm.

**Shënim: Nëse urina nuk shfaqet në një paciente femër, kateteri mund të jetë në vaginën e pacientes. Lëreni kateterin në vaginë si një pikë referimi dhe fusni një kateter tjetër steril.**

**Shënim: Nëse kateteri has pengesë tek pacienti mashkull, mos përdorni forcë. Kërkoni që pacienti të marrë frymë thellë dhe provoni përsëri. Nëse kateteri përsëri nuk avancon, pacienti mund të ketë hipertrofi të prostatës ose strikturë të uretrës.**

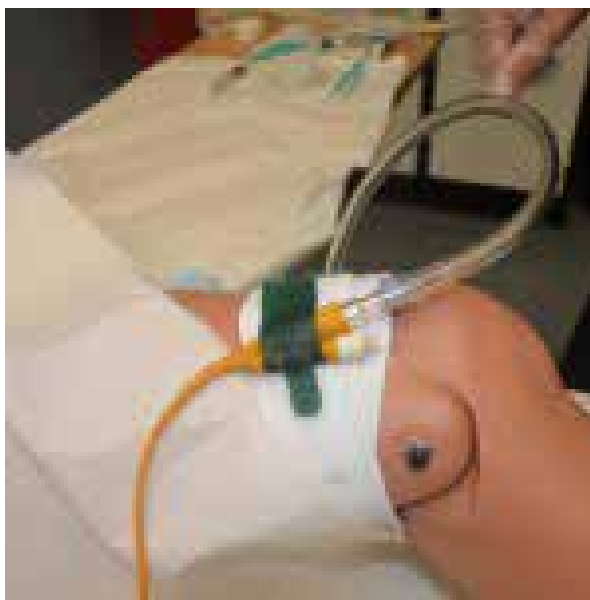
16. Fryni ngadalë balonin duke futur në hapjen tjetër të kateterit sol fiziologjik me shiringë. Madhësia e balonit është shënuar në portën e kateterit. (10- 15ml fiziologjik)

**Shënim: Nëse pacienti përjeton dhimbje gjatë fryrjes së balonit, shfryjeni balonin, lini urinën të rrjedhë, shtyni pak kateterin dhe rifryni balonin.**

17. Pasi fryhet baloni, tërhiqeni butësisht kateterin derisa të ndihet rezistenca, më pas shtyjeni përsëri kateterin. Shtyrja e kateterit përsëri drejt vezikës do të shmangë ushtrimin e presionit në qafën e vezikës.

18. Mbani qesen e urinës në nivelin e vezikës duke e shtrirë dhe fiksuar tubin e saj përgjatë kofshës (në pjesën e brendshme të saj) dhe më poshtë me një ngjitës jo alergjik ose me fiksues llastiku.

19. Në rastet kur urina është shumë e koncentruar ose hemorragjike, aplikoni lavazhin e vezikës me 50 ml solucion fiziologjik me shiringë për të paktën 2-3 herë.



20. Hidhni mbeturinat në qesen e posaçme të mbetjeve.

21. Hiqni dorezat dhe aplikoni higjenën e duarve.

22. Dokumentoni të gjithë procedurën.

**Kujdes: Në rastet e pacientëve me kateterizim për kohë të gjatë të cilët kanë risk për bllokim nga kriprat, rekomandoni lavazhin e vezikës çdo ditë. Ky problem mund të ndodhë tek pacientët:**

- e imobilizuar dhe që qëndrojnë në pozicionin shtrirë
- që kanë probleme malinje të vezikës
- me dëmtime të traktit të sipërm urinar
- me konsumim të pakët të lëngjeve

**Ndërrimi i qeses**

Qesja e urinës duhet të ndërrohet çdo javë ose edhe më shpesh nësa ka përmbajtje të dukshme të gjakut dhe kriprave.

## Heqja e Kateterit

Kateteri ndërrohet në mënyrë periodike dhe është infermieri ai që ka për detyrë të vlerësojë nëse kateteri permanent duhet të hiqet apo duhet ndërruar. Pas heqjes së kateterit urinar, duhet të vlerësojë nëse vezikës i është kthyer funksioni normal.

### Pajisjet e nevojshme:

- doreza jo sterile
- shtrojë/pecetë të papërshkueshme nga uji (2 copë)
- shiringë për shfryrjen e balonit
- garza për pastrimin e zonës perineale dhe organeve gjenitale
- ujë i ngrohtë për pastrim ose letra higjienike të lagura
- qese për mberurinat

### Procedura e heqjes së kateterit:

1. Shpjegojini pacientit procedurën, duke i siguruar atij privatësi të plotë.
2. Vendosni një shtrojë/pecetë të padepërtueshme nga uji poshtë pacientit.
3. Poziciononi pacientin në pozicionin shtrirë në shpinë, me gjunjë të flektuara dhe të hapura dhe shputa të kryqëzuara për lehtësim të procedurës.
4. Vendosni dorezat jo sterile.
5. Vendosni shiringën në portën e balonit dhe filloni të tërhiqni/zbrazi ujin nga baloni.
6. Sigurohu që keni tërhequr të gjithë sasinë e ujit që ndodhej në balon.
7. Thojini pacientit të marrë frymë thellë, ndërkohë që tërhiqni kateterin ngadalë dhe pa ushtruar shumë forcë. Nëse hasni rezistencë, ndaloni procedurën dhe përpikuni të kontrolloni nëse ka akoma ujë në balon.



8. Mbështillni kateterin e përdorur në shtrojen e papërshkueshme nga uji ose me doreza.
9. Matni, zbrazi dhe dokumentoni sasinë, ngjyrën dhe konsistencën e urinës që është prezent në qese.
10. Hiqni leukoplasitin fiksues të tubit të drenimit të urinës.
11. Pastroni me ujë të ngrohtë dhe sapun, zonën perineale dhe gjenitale sipas udhëzimeve që zbatuam tek vendosja e kateterit.
12. Hiqni dorezat dhe lani duart.
13. Sigurohuni që të gjitha materialet e përdorura dhe të kontaminuara të hidhen në qese/kontenierë të veçantë.
14. Poziciononi pacientin në një pozicion të rehatshëm.
15. Rishikoni kujdesin pas kateterit, marrjen e lëngjeve dhe rezultatet e pritura dhe të papritura me pacientin.
16. Sigurohuni që pacienti të ketë mundësi për të shkuar në tualet, komodë, uturak (legen i posaçëm) ose kontenier urinar.
17. Inkurajoni pacientin të rrisë sasinë e lëngjeve për të mbajtur prodhimin normal të urinës (përveç rasteve kur ka kundërindikacion).
18. Dokumentoni kohën e heqjes së kateterit, sasinë dhe karakteristikat e urinës së parë pas heqjes si dhe gjendjen e uretrës.

## TESTI I SHPEJTË I URINËS

Sasia e urinës së eliminuar tek njerëzit normalë, është mesatarisht 500 ml më pak se sasia totale e lëngjeve të marra. Për shembull; nëse një person merr 2 litra lëngje në ditë, do të eliminojë afërsisht 1.5 litra urine. Në verë, kur moti është i nxehtë, personi djersin shumë, dhe një pjesë e lëngjeve dalin nëpërmjet saj. Në personat me peristaltikë të rritur të zorrëve, eliminimi urinar do të jetë gjithashtu më i vogël sepse lëngjet dalin edhe nëpërmjet jashtëqitjes.

Infermieri mund të sugjerojë dhe aplikojë një test të shpejtë urine kur pacienti ka fenomene dizurike, të cilat mund të shoqërohen me:

- ndryshime të ngjyrës së urinës
- ndryshime të erës së urinës
- ndryshime të konsistencës ose kur në të ka prani të koagulave të gjakut apo mbetje të tjera.

Testet e shpejta bëhen nëpërmjet një stripsi i cili duhet të jetë i pranishëm në çantën e infermierit. Udhëzimet për përdorimin e tyre janë të shtypura qartë në shishen e ambalazhit të shoqëruara me një broshurë shpjeguese. Këto stripsa mbartin substanca të cilat reagojnë me substancat që përmban urina.

### **Përkufizimi:**

Analiza/testi i urinës, është një ekzaminim i cili bëhet për të evidentuar probleme të ndryshme që lidhen me traktin urinar. Kjo procedurë është pjesë e vlerësimit të pacientit në fillim të sëmundjes ose gjatë saj.

Analiza e urinës përdoret si një mjet kontrolli dhe / ose diagnostikues, për të zbuluar substanca ose materiale qelizore në urinë, të cilat cojnë në çrregullime metabolike, mosfunksionim të veshkave ose infeksione të traktit urinar. Shpesh, substanca të tilla si proteina ose glukoza do të fillojnë të shfaqen në urinë para se pacientët të jenë të vetëdijshëm se mund të kenë një problem.

Urina mund të vlerësohet si në shtratin e pacientit (me stripse urine) dhe në laborator (mikroskopja, kultura, ndjeshmëri dhe elektrolitet urinare). Urina për analiza laboratorike duhet të transferohet shpejt dhe në temperaturën e duhur sepse mund të kontaminohet.

### **Qëllimi i testit të shpejtë të urinës:**

1. Për të diagnostikuar një sëmundje/problem të traktit urinar
2. Për të monitoruar procesin e sëmundjes
3. Të vlerësojë efikasitetin e trajtimit

### **Para marrjes së analizës së urinës:**

- Etiketoni kontenierin e urinës përpara se pacientit t'i merret kampioni.
- Shënoni në etiketën e kontenierit të urinës nëse pacientja femër është me menstruacione gjatë marrjes së kampionit. Një nga parametrat e analizës së urinës është edhe prania e gjakut në urinë dhe nëse pacientja do të jetë në cikël, atëherë do rezultojë fals-positiv.

- Një natë para marrjes së urinës pacienti këshillohet të pastrojë zonën genitale vetëm me ujë të bollshëm, sepse bakteret janë prezente gjithmonë në zonën genitale dhe anale.
- Respektoni kushtet e sigurisë gjatë marrjes së çdo kampioni.
- Sigurohuni që kampioni i urinës të jetë marrë nga urina e mëngjesit.
- Dokumentoni procedurën.

### Karakteristikat e urinës

- Urina e cila është më e errët ose më e zbehtë se zakonisht, është tregues i urinës më të koncentruar se normalisht.
- Urina me ngjyrë të kuqe ose si e shpëlarë mishi, është tregues i prezencës së gjakut në të.
- Urina me ngjyrë portokalli të errët ose kafe, është tregues i pranisë së urobilinës dhe gjendet zakonisht tek personat me ikter.
- Urina e turbullt është tregues për prezencë pusi ose mukozë të tepërt.
- Urina e turbullt që mban erë peshku zakonisht është një shenjë e infeksionit.
- (Nëse urina lihet të qëndrojë për një kohë më të gjatë, gjaku, pusi ose mukusi, do të shfaqen në depozitim që formohet në fund të kampionit).

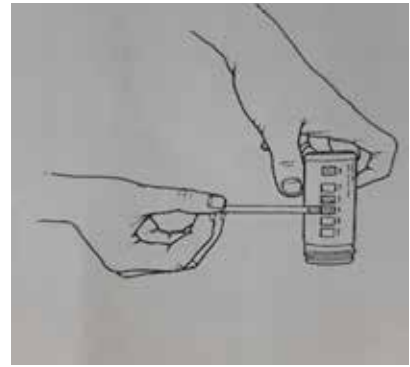
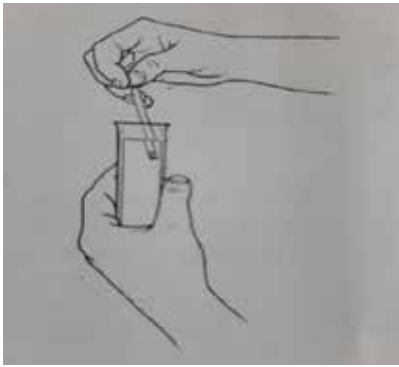
### Pajisjet që nevojiten për testin e shpejtë:

- a) Kontenier urine steril me kapak: rekomandohet kontenier me grykë të gjerë
- b) Uturak shtrati (legen) ose kontenier urinar për meshkuj
- c) Doreza jo sterile
- d) Letër tualeti
- e) Stripse urine

### Procedura

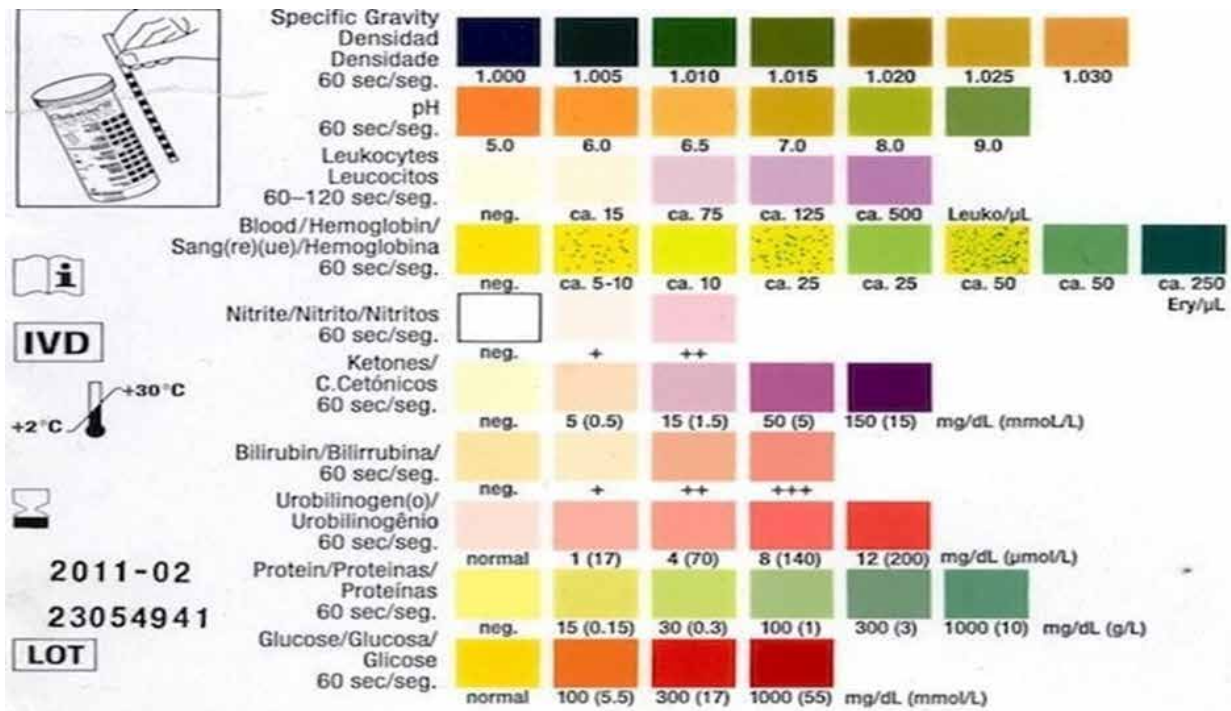
1. Shpjegojini procedurën pacientit dhe merrni aprovimin e tij.
2. Siguroni mjetet e nevojshme, kontrolloni kontenierin e urinës.
3. Sigurohuni që kampioni i analizës të jetë urina e mëngjesit të pacientit (porcioni i dytë).
4. Etiketoni kontenierin me emrin dhe të dhënat e pacientit.
5. Kryeni higjenën e duarve dhe vishni doreza për të parandaluar përhapjen e infeksionit
6. Instruktioni pacientin të urinojë në një kontenier steril për të parandaluar kontaminimin e urinës.
7. Kërkojini pacientit porcionin e mesit të urinës për të evituar kontaminimin nga zona përreth uretrës. Zona genitale duhet të pastrohet me ujë të bollshëm para se të kalojë urina.
8. Pacienti duhet të fillojë urinimin dhe më pas të ndalet në mes të rrjedhës. Të vazhdojë urinimin në një kontenier steril dhe pastaj pjesën tjetër të urinës në uturak (legen).
9. Hiqni kampionin menjëherë pasi pacienti ka urinuar. Disa substanca zbërthehen kur ekspozohen në ajër dhe kjo mund të ndryshojë rezultatet e testit.
10. Sigurohuni të merrni sasinë e mjaftueshme të urinës për testin e kërkuar.
11. Analiza/testi duhet bërë në kohën e duhur pasi mikroorganizmat rriten shpejt në temperaturë dhome.
12. Kontenieri steril për kampionin e urinës duhet të jetë aq i thellë sa zona e provës së stripsit që do të futet.
13. Zhyteni stripsin në kampionin e urinës, mbajeni për disa sekonda, tërhiqeni stripsin jashtë kontenierit duke larguar urinën e tepërt dhe krahasoni rezultatit në zonën e provës me tabelën e ngjyrave në anën e shishës së shiritit të reagentit.





14. Mbylleni kapakun e kontenerit.
15. Jepini pacientit letrën e banjës që të pastrohet nëse është i aftë ta bëjë këtë.
16. Hidhni pajisjet e përdorura në enët e posaçme të mbetjeve.
17. Zbrazeni urinën nga uturaku dhe shpëlajeni me ujë të bollshëm.

18. Hiqni dorezat dhe aplikoni higjenën e duarve për të parandaluar infeksionin.
19. Dokumentoni procedurën.





Parametrat	Norma	Rezultati dhe diagnoza diferenciale	Fals Pozitiv	Fals Negativ
<b>Ngjyra</b>	E verdhë Ngjyrë kashtë- e verdhë			
<b>pH</b> (4.5-8.0)	5.5 – 6.5	<p><b>Alkalin:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta (vegjetariane, dietë e varfër në karbohidrate dhe e pasur në agrume)</li> <li>• Alkalozia sistemike (metabolike apo respiratore)</li> <li>• Acidoza tubular renale, infeksion i rrugëve urinare</li> <li>• Antibiotikët, acetazolomide</li> </ul> <p><b>Acid:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dietat (proteinike)</li> <li>• Acidoza sistemike</li> <li>• DM, Acidoketoza diabetike, nënshqyerja, SPOK, diarrea, malabsorbimi</li> <li>• Phenylketonuria, tuberkulozi renal, alkaptionuria</li> </ul>	Mostra e urinës e ndenjtur (ammoniakale)	
<b>Pesha Specifike</b> (g/mL)	1.002 – 1.030	<p><b>&lt;1.005</b> – Diabeti insipid, nekroza tubulare akute, glomerulonefrit akut</p> <p><b>1.010</b> – Sëmundje renale kronike, glomerulonefriti kronik</p> <p><b>&gt;1.030</b> – Dehidrimi, insuficienca adrenale, urina alkaline</p>	Urinë alkaline	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteinuria</li> <li>• Glucozuria</li> <li>• Kontrasti intra venoz</li> </ul>

Parametrat	Norma	Rezultati dhe diagnoza diferenciale	Fals Pozitiv	Fals Negativ
<b>Proteina</b>	Negative	<p><b>Shkaqe renale:</b> rritja e sekretimin tubular renal, rritja e filtrimit glomerular (sëmundje të glomerulit), sindromi nefrotik, pyelonefriti, glomerulonefriti, hipertensioni malinj</p> <p><b>Shkaqe kardiovaskulare:</b> hipertensioni, insuficienca kardiake kronike, endokarditi subakut bakterial</p> <p><b>Të tjera:</b> Pre-eklampsia, guta, proteinuria ortostatike, myeloma, syndrome Cushing</p> <p><b>Medikamentet:</b> Aminoglukozidet, amphotericina, sulphonamidet, penicilinat</p>	<p>Urinë e koncentruar (UO&lt;2.5L/ditë)</p> <p>Urinë alkaline (pH &gt;7.5)</p> <p>Acetazolomide, cephalosporina</p>	<p>Urine e holluar (UO &gt;5.0 litra/ditë )</p> <p>Urinë acide (pH &lt;5)</p> <p><b>Globulina Bence Jones që shoqëron</b> myelomën multiple, lymphomën dhe macroglobulineminë nuk mund të detektohet në analizën e urinës me stripse</p>
<b>Leukocitet</b>	Negative	Piuria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moster urine e kontaminuar</li> <li>• Trichomonas vaginalis,</li> <li>• Medikamente apo ushqime që ngjyrosin urinën e kuqe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapitë me antibiotikë, psh:gentamicinë, tetracyclinë and cephalosporinë</li> <li>• Glukozuria</li> <li>• Proteinuria,</li> <li>• Peshë specifike e lartë.</li> </ul>
<b>Nitrite</b>	Negative	Infeksion urinar bakterial, zakonisht nga bakteriet gram negative	Medikamentet apo ushqimet që ngjyrosin urinën në ngjyrë të kuqe.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acidi Ascorbic.</li> <li>• Enterokokët, acineto bakteret</li> </ul>

Parametrat	Norma	Rezultati dhe diagnoza diferenciale	Fals Pozitiv	Fals Negativ
<b>Gjak</b>	Negative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hematuri si pasoje e:</b> traumave, infeksioneve, inflamacionit, kalkulozave, neoplazive, cregullimeve të koagulimit apo infeksioneve kronike.</li> <li>• <b>Hemaglobinuria</b> si pasojë e hemolizës intravaskulare,</li> <li>• <b>Mioglobinuria</b> si pasojë e goditjes nga rryma elektrike, shtypja apo rabdomyoliza</li> </ul>	Zbardhues hipochlorid	
<b>Ketonet</b>	Negative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ketonuria</b> shoqëron dietat e varfra në karbohidrate, nënushqyerjen, diabetin, alkoolizmin, eklampsinë dhe hipertiroidizmin. Overdoza e insulinës, isoniazidi dhe isopropili</li> </ul>	Urinë e hiperpigmentuar. Captopril, L-dopa, salicylatet, phenothiazinat	Nënvlerësoni praninë e ketonemisë
<b>Bilirubina</b>	Negative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rritja e bilirubinës së konjuguar që shoqëron sëmundjet hepatocelulare, cirrhosis, hepatitet virale dhe medikamentoze, obstrukcioni i rrugëve biliare nga kolelitiaza apo kanceri i kokës së pankreasit.</li> <li>• <b>Të trashëguara:</b> sindroma Dubin-Johnsons, Sindroma Rotor</li> </ul>	Phenothiazinat	Acidi Ascorbic (vitamin C) Rifampicina Ekspozimi ndaj rrezeve UV (konverton bilirubinën në biliverdinë)
<b>Urobilinogeni</b>	0.2-1.0 mg/dL  <17micromol/L	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rritet në:</b> cirrhosis hepatike infektive, hemoliza ekstravaskulare, anemitë hemolitike, aneminë pernicioze, malarie, hepatitet sekondare nga mononukleozat infektive</li> <li>• <b>Ulet ose mungon në:</b> nivelet e rritura të bilirubinës</li> </ul>		

Parametrat	Norma	Rezultati dhe diagnoza diferenciale	Fals Pozitiv	Fals Negativ
<b>Glukoza</b>	Negative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Hiperglicemia</b>, cystinoza, sindroma Cushing, tireotoksikoza, sëmundje të heparit</li> <li>• <b>Renale</b>: sëmundje renale tubulare dhe shtatzania</li> <li>• <b>Medikamentet</b>: cephalosporinat, penicilinat, nitrofurantoina, methyl dopa, tetracycline, lithium, carbamazepinë, phenothiazinat, steroidet dhe thiazidet</li> </ul>	Peroksid Hidrogjeni apo Zbardhuesit	Acid Ascorbic (vitamina C) apo lëngu i frutave. Disa stripse ndikohen nga rritja e peshës specifike dhe ketonuria

## Përkufizim

Oksigjeno-terapia është dhënia e oksigjenit për qëllime terapeutike ose profilaktike. Ky trajtim siguron sasi ekstra oksigjeni për frymëmarrje. Kur përdoret si trajtim mjekësor, oksigjeni konsiderohet si medikament dhe duhet të përshkruhet.

### Dhënia e oksigjeno-terapisë:

- Kompenson mungesën e oksigjenit në inde.
- Mbështetet metabolizmin qelizor.

## Indikacionet

### Oksigjeni jepet në:

- Dështimin akut ose kronik të frymëmarrjes
- Covid 19
- Asthmën bronkiale
- Bronkit kronik
- SPOK (Sëmundjet Pulmonare Obstruktive Kronike)
- Kancer të mushkrive
- Pneumoni

**■ Kujdes! Nuk rastet me hemorragji pulmonare, nuk rekomandohet të jepet terapi me oksigjen.**

### Pajisjet për dhënien e oksigjenit:

- Koncentrator oksigjeni (aparati portativ)
- Kanjula nazale
- Maska faciale
- Oksimetër

## Administrimi i oksigjenit me kanjulë nazale

Kanjula nazale është një tub i butë plastik me dy dhëmbëza të vogla (1 – 1.5cm) në njërin skaj, të cilat futen në vrimat e hundës për të furnizuar pacientin me oksigjen. Kjo formë përdoret tek pacientë të cilët kërkojnë sasi të ulët të oksigjenit. Kanjula nazale ka shumë përparësi në krahasim me metodat e tjera të trajtimit sepse është komode dhe tolerohet mirë nga shumica e pacientëve.

### Avantazhet e dhënies së oksigjenit me anë të kanjulës nazale:

- Plotëson nevojat për oksigjen nga 1- 6 litra / min
- FiO<sub>2</sub> (Fraksioni i oksigjenit të inspiruar) 24-44%
- Përdoret lehtësisht në kushtet e shtëpisë
- Është komode për pacientët në gjendje të qëndrueshme
- Ndihmon pacientin me shtesë të oksigjenit gjatë vakteve të ngrënies
- Mund të merret edhe gjatë gjumit
- Pacienti mund të marrë frymë edhe me gojë njëkohësisht
- Pacienti mund të flasë lirisht

### Disavantazhet

Shkakton tharje të mukozave të hundës

### Procedura:

- Identifikoni pacientin dhe i shpjegoni atij procedurën.
- Informoni për masat e sigurisë që lidhen me përdorimin e oksigjenit.

- Kontrolloni udhëzimet e mjekut për sasinë e rrjedhës së oksigjenit.
- Vendoseni pacientin në pozicionin semi-Fowler (ndenjur) nëse është e mundur.
- Bashkoni fundin e tubit të kanjulës nazale me kontenierin lagështues të oksigjenit.
- Ndizeni aparatën dhe prisni deri sa të mbarojë sinjali i vazhduar që lëshon aparati.
- Gradoni rrjedhën e sasisë së oksigjenit sipas udhëzimeve të mjekut.
- Vendosni kanjulën në kavitetet e hundës.
- Kaloni tubin e kanjulës pas veshëve duke vendosur më parë një sipërfaqë të butë.
- Inkurajoni pacientin të marrë frymë me hundë.
- Vlerësoni shenjat vitale, nivelin e saturimit dhe mënyrën e frymëmarrjes të pacientit.



- **Kujdes!** Duhet të keni parasysh që pastërtia e oksigjenit të prodhuar, do të jetë deri në 90% vetëm 10 minuta pas ndezjes së aparatit.

### Administrimi i oksigjenit me maska faciale

Maskat e thjeshta të fytyrës janë maska plastike që përshtaten lehtësisht mbi hundën dhe gojën e pacientit. Në anët e maskës ka dy vrima të cilat mundësojnë daljen e dioksidit të karbonit.

#### Avantazhet e dhënies së oksigjenit me maskë:

- Është e thjeshtë në përdorim
- Siguron përqendrim të moderuar të oksigjenit
- Plotëson nevojat për oksigjen nga 6-10 litra/min
- FiO<sub>2</sub> (Fraksioni i oksigjenit të inspiruar) 40-60%

#### Disavantazhet

- Vështirëson të folurit.
- Pacienti nuk mund të konsumojë ushqime ose lëngje.
- Mund të thajë mukozat.

#### Procedura:

- Identifikoni pacientin dhe shpjegoni procedurën.
- Informoni për masat e sigurisë që lidhen me përdorimin e oksigjenit.

- Kontrolloni udhëzimet e mjekut për sasinë e rrjedhës së oksigjenit.
- Vendosni pacientin në pozicionin semi-Fowler nëse është e mundur.
- Bashkoni fundin e tubit të maskës me kontenierin lagështues të oksigjenit.
- Ndizni aparatën dhe gradoni rrjedhën e sasisë së oksigjenit sipas udhëzimeve të mjekut.
- Vendosni maskën në fytyrë nga hunda dhe më pas në mjekër, kaloni rripin elastik në pjesën e pasme të kokës.
- Fiksoni maskën në hundë nëpërmjet pjesës metalike.
- Vlerësoni shenjat vitale, nivelin e saturimit dhe mënyrën e frymëmarrjes të pacientit.

### Koncentratori i oksigjenit

Koncentratori i oksigjenit është një pajisje e cila mund të përdoret në: banesën e pacientëve, në qendra të kujdesit infermieror, ose në qendra të ndryshme shëndetësore ku kërkohet terapi me rrjedhë të ulët oksigjeni.

Ky koncentrator është adoptuar me teknologjinë PSA, e cila bën thithjen e gazeve ambientale dhe përpunimin e tyre deri në përfundim të oksigjenit të pastër 90% -95%.

Gazet ambientale përmbajnë: oksigjen 20%, nitrogen 79.9% dhe azot 0.1%.

## Emërtimet e pjesëve përbërëse dhe përshkrimi i funksionit



Figura 1



Figura 2

1. **Porta dalëse e O<sub>2</sub>:** Lidhni kontenierin ose kanjulën nazale me tubin lidhës
2. **Cilësimet e produktit/numri serial:** Informacion rreth aparatit/koncentratorit
3. **Filtiri me përbërje poroze i portës hyrëse:** Parandalon hyrjen në aparat të papastërtive të ajrit (pluhurave dhe fibrave).
4. **Rregulluesi i temperaturës:** Është i pozicionuar në fund të aparatit dhe duhet të jeni të kujdesshëm që të mos bllokohet
5. **Kordoni me spinë**
6. **Rrotat për lehtësim të lëvizjes**
7. **Mbrojtësi i mbingarkesës së rrymës së rigjenerueshme**
8. **Çelësi i kontrollit**
9. **Matësi i rrjedhës së oksigjenit**
  - a) **Pozicioni i sferës në shkallën e matjes tregon vëllimin e rrjedhjes së oksigjenit (L/min).**
  - b) **Valvula rregulluese e oksigjenit** shërben për kontrollin e rrjedhjes së oksigjenit dalës.



Figura 3

### Rregulla për përdorimin e koncentratorit

1. Pjesa e prapme e aparatit/koncentratorit, duhet të jetë të paktën 30 cm larg nga muri në mënyrë që filtri i jashtëm i pajisjes të ketë hapësirën e nevojshme për një funksion normal.
2. Vendosni kontenjerin e lagështimit dhe veproni sipas udhëzimeve të mëposhtme:



Figura 4



3. Mbushni kontenerin me ujë të distiluar sipas instruksioneve të mbushjes. Vidhosni me kujdes kontenerin tek foleja e tij (Figura 4)



Vidhosni kontenerin e ujit me kujdes dhe hiqeni gjatë kohës kur aparati nuk përdoret.

Figura 5

- d) Vidhosni kontenerin në drejtim të kundërt të akrepave të orës. Bëni kujdes që konteneri të fiksohet mirë në folenë e tij. (shiko Figurën 5)
5. Sigurohuni që çelësi i kontrollit të jetë në pozicionin "OFF".
  6. Lidhni spinën me burimin e energjisë.
  7. Pasi ndizet aparati, një dritë e verdhë në monitor do të pulsojë 3 herë. Disa minuta më vonë, drita e alarmit për pastërti të ulët të oksigjenit do të ndalojë së pulsuar duke qëndruar e ndezur.
  8. Në varësi të sasisë së rrjedhjes së  $O_2$ , rrota e kontrollit rrotullohet në krahun e akrepave të orës për rritjen e rrjedhës dhe në të kundërt për zvogëlimin dhe ndërprerjen e rrjedhës.



Figura 6

9. Bashkoni tubin e kanjulës nazale me portën dalëse të oksigjenit dhe vendoseni kanjulën tek hunda duke e fiksuar në veshët e përdoruesit që ajo të mos lëvizë. (Figura 5)
10. Kur koncentratori është i ndezur dhe bie alarmi, ju lutemi kontrolloni nëse spina është e vendosur korrekt në prizë dhe nëse kordoni nuk ka ndonjë përdredhje ose shkëputje.
11. Pas përdorimit, fikni aparatin. Pastroni me kujdes tubin e kanjulës ose maskën. Mblidhni me kujdes kordonin duke e vendosur në vendin e caktuar.

### Masa mbrojtëse të rëndësishme

#### Masat për të ulur rrezikun e djegies, goditjes elektrike, zjarrit ose lëndimeve njerëzore

- Shmangni përdorimin e oksigjenatorit kur bëni banjë.
- Oksigjeni shkakton djegie të shpejtë. Mbajeni të paktën 2 metra larg burimeve që prodhojnë nxehtësi apo burime të ekspozuara (fije elektrike të zhveshura).
- Mos pini duhan ndërsa koncentratori i oksigjenit është duke prodhuar oksigjen, nëse ndodh, kjo mund të shkaktojë djegie të brendshme
- Mos pini duhan kur jeni pranë një personi që përdor koncentratorin për oksigjeno-terapi,
- Para pastrimit të pjesës së jashtme të oksigjenatorit nga pluhuri, duhet t'a keni hequr nga priza.
- Kur aparati është duke punuar, ju lutemi mos e hapni atë
- Mundohuni të shmangni përdorimin e tubit me kanjulë apo maskë nga njëri pacient tek tjetri, në mënyrë që të shmanget infeksioni i shkaktuar nga viruse ose baktere midis përdoruesve.
- Në rastet kur kostoja e zëvendësimit të tubit është financiarisht e pa përballueshme, atëherë sigurohuni që t'a keni larë dhe tharë mirë tubin nga jashtë dhe nga brenda.
- Tubi i kanjulës nazale nuk duhet të vendoset nën mbulesë ose jastëk kur përdorni koncentratorin dhe nuk duhet të ketë pengesa mekanike. Kjo siguron një përdorim me efikasitet të tij.



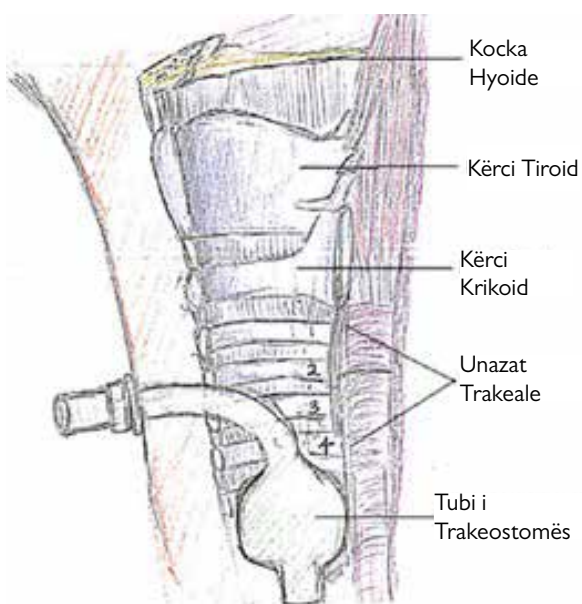
- Kur koncentratori nuk është në përdorim, rekomandohet të fikni çelësin e energjisë dhe vendosni prizën për të shmangur djegien.
- Tubi i kanjulës nazale dhe i maskës së oksigjenit të përdorur nga burimi, duhet të jenë të pastra dhe të sterilizohen nëse duhet të përdoren përsëri.
- Pjesët e koncentratorit duhet të pastrohen mirë dhe konteneri i lagështimit duhet të pastrohet çdo 2- 3 ditë.
- Filtri i jashtëm i marrjes së ajrit duhet të pastrohet çdo 100 orë. Rekomandohet të zëvendësohet pas 1000 orësh përdorimi të pajisjes. Filtri i brendshëm duhet të pastrohet pas 3000 orë pune.
- Konteneri me nebulizator i ujit, mund të përdoret me ujë të distiluar ose ujë të ftohtë të zier më përpara. Shishja e ujit duhet të pastrohet çdo 2 - 3 ditë.
- Kur përdorni kontenerin e lagështimit, kushtojini vëmendje shtimit të ujit të distiluar midis nivelit më të lartë dhe më të ulët të ujit, të shënuar në trupin e shishes. Mbushja me ujë mbi nivel, shkakton lagështim të tepërt dhe derdhjen e ujit nga vrimat e hundës dhe mbushja nën nivel shkakton moslagështimin e duhur të oksigjenit dhe si pasojë tharje të mukozave.

### Përkufizimi

Trakeostomia është një incision i bërë nën kërcin krikoid, ndërmjet unazës së dytë dhe të katërt trakeale. Trakeostomi quhet hapja ose “stoma” e bërë nga kjo prerje. Stoma shërben si rrugë ajrore ose si vend për vendosjen e tubit të trakeostomisë. Ky tub përfaqëson një rrugë ajrore artificiale të futur në trake gjatë trakeotomisë.

**Qëllimi:** Trakeostomia zakonisht bëhet për arsye të mëposhtme:

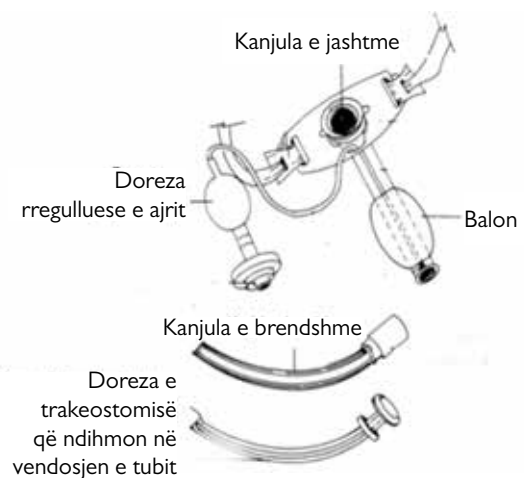
- Si bypass në obstrukcionet e rrugëve të sipërme të frymëmarrjes.
- Për parandalimin e grumbullimit të sekrecioneve trakeobronkiale
- Të bëjë më të lehtë dhe më të sigurt kalimin e oksigjenit në pulmone.



Prerja Sagitale

### Trakeostomia indikohet në:

1. Defekte të lindura në rrugët e ajrit
2. Anafilaksi
3. Djegie të rrugëve të ajrit nga inhalacioni i materialeve korrozive
4. Kancer të rregjionit cervical
5. Sëmundje pulmonare kronike
6. Komë
7. Disfunksion të diafragmës
8. Dëmtime të laringut apo laringektomi
9. Infeksione
10. Dëmtime të kraharorit
11. Obstrukcioni nga trupa të huaj në rrugët e ajrit
12. Apnea e gjumit
13. Tumore
14. Paraliza e kordave vokale
15. Paralizë e muskujve që përdoren në gëlltitje
16. Kirurgjia faciale
17. Reaksione alergjike të forta



## **Tubi i trakeostomisë dhe pjesët përbërëse të tij:**

- Tubi (kanjula) i jashtëm
- Tubi (kanjula) i brendshëm
- Pjesa plastike që qëndron e ngjitur pas qafës dhe lidhet me tubin e jashtëm
- Doreza e trakeostomisë që ndihmon në vendosjen e tubit
- Valvula hyrëse
- Valvula folëse që përdoret për të lehtësuar të folurën e pacientit
- Doreza rregulluese e ajrit

## **Kujdesi për pjesët përbërëse të trakeostomisë**

### **Pajisjet e nevojshme**

- Kanjula rezervë me madhësi dhe tip të njëjtë me kanjulën ekzistuese
- Enë për vendosjen e valvulave të të folurit
- Tabaka sterile
- Dilatatorë trakealë
- Aspirator
- Shishe me ujë steril për shpëlarjen e tubit
- Pajisje lagështuese për zbutjen e sekrecioneve
- Doreza sterile dhe maskë
- Shtroje të papërshkueshme nga uji
- Peroksid hidrogjeni
- Qese për mbledhjen e mbeturinave

### **Kujdesi për kanjulën e brendshme bëhet me qëllim:**

- Parandalimin e infeksioneve sekondare
- Mbajtjen e lirë të rrugëve të ajrit
- Ruajtjen e integritetit të lëkurës

## **Pastrimi i kanjulës së brendshme**

Kanjulat e brendshme të duhet të kontrollohen /pastrohen çdo 8 orë ose sipas nevojës dhe të zëvendësohen çdo 24 orë dhe sipas nevojës.

### **Procedura:**

1. Shpjegojini procedurën pacientit dhe krijoni privatësi nëse kërkohet. Sigurohuni që pacienti të ketë një metodë komunikimi me ju gjatë procedurës.
2. Kryeni higjenën e duarve
3. Vendosni doreza dhe maskë (nëse kërkohet) dhe mbuloni gjoksin me shtroje të papërshkueshme nga uji.
4. Vendosni në tabakanë sterile pajisjet që kërkojnë sterilitet në përdorim.
5. Hiqni maskën e oksigjenit (nëse ka). Për të parandaluar hipoksinë, vendoseni atë herë pas here sipas nevojës së pacientit.
6. Hiqni kanjulën e brendshme duke stabilizuar pllakën e qafës.
7. Nëse ka sekrecione brenda saj, i aspirojmë ato.
8. Zhyteni në tretësirë aseptike dhe nëse është e nevojshme, përdorni një pastrues për të hequr eksudatin nga kanjula e brendshme.
9. Pas pastrimit, shpëlajeni mirë kanjulën e brendshme me ujë të bollshëm. Pjesa e brendshme duhet të thahet para se të vendoset përsëri. Sigurohuni që e gjithë tretësira pastruese të jetë hequr për të parandaluar dëmtimin e trakesë nga peroksidi i hidrogjenit (nëse përdoret).
10. Vishni më pas doreza sterile.
11. Vendosni kanjulën e brendshme duke stabilizuar pllakën e qafës. Kjo parandalon traumën në stomën trakeale.
12. Siguroni komfortin e pacientit dhe dokumentoni në kartelë procedurën



### Kujdesi për stomën

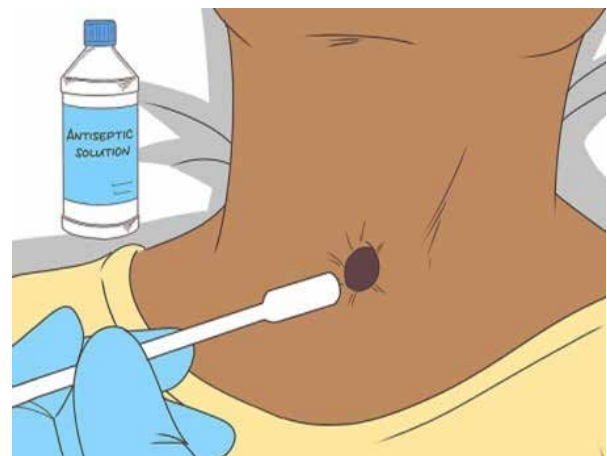
1. Lajmë duart me kujdes dhe veshim doreza sterile.
2. Lagim një garzë me ujë dhe sapun.
3. Pastrojmë me kujdes zonën rreth qafës dhe lëkurën rreth trakeostomisë. Kujdesemi që uji me sapun të mos lagë zonën e hapur dhe e thajmë me kujdes.
4. Krustet mund t'i levizim duke përdorur një tampon pambuku me lëndë antiseptike. Kujdesemi që të mos e futim tamponin në stomë.
5. Në qoftë se mukusi është problem, mund të përdorim një garzë pa filtër pambuku rreth plagës.
6. Rregullojmë lidhjet trakeostomike ose i zëvendësojmë me të reja në qoftë se janë shumë të ndotura.
7. Lëkura kontrollohet çdo ditë për irritime të mundshme.

### Kujdesi për dorezën e tubit të trakeostomisë

Indikacionet:

1. Në periudhën post operatore për të parandaluar aspirimin e gjakut nga plaga

2. Për të parandaluar aspirimin e rrjedhjeve nga ezofagu.
3. Për të parandaluar aspirimin e sekrecioneve për shkak të paaftësisë së faringut.



Për këtë arsye kontrollohet doreza e tubit të trakeostomisë për fryrje. Doreza fryhet në qoftë se pacienti është i ventiluar mekanikisht ose kur urdhërohet nga mjeku. Për të shfryrë dorezën, aspirojmë në oropharings për të lëvizur sekrecionet që mund të jenë grumbulluar në majë të dorezës së fryrë.

Me anë të një shiringe, aspirojmë ajrin nga porta hyrëse e ajrit. Gjatë këtij procesi mund të dëgjohen zhurma, si rrjedhojë e kalimit të ajrit (këto janë normale gjatë kësaj procedure). Për të fryrë dorezën injektohet ajër 5-7 ml nëpërmjet rrugës ajrore. Një valvul mbyll portën për të mos lënë ajrin të dalë.

### **Kujdesi për tubin folës të trakeostomisë**

Një tub trakeostomie quhet folës vetëm në qoftë së kanjula e brendëshme dhe kanjula e jashtme përmbajnë një vrimë.

Këta tuba përdoren:

1. Për të lehtësuar përmirësimin e fjalëve.  
Vrima lejon rritjen e volumit të ajrit që të shkojë në laring gjatë frymënxjerrjes.
2. Të përmirësojë funksionin gëlltitës.
3. Për daljen jashtë të sekrecioneve (për këtë pacientit mund t'i jepet një enë për eliminimin e sputumit)
  - Kujdes duhet të tregojmë gjatë aspirimit. Në qoftë se është e nevojshme përdorim një kanjulë të brendshme pa vrimë, sepse në këtë mënyrë parandalojmë traumatizimin e rrugëve trakeale nga kateteri aspirues.
  - Kujdes duhet të tregojmë gjatë ushqyerjes, për të parë për shenja aspirimi. Për typja përmirësohet duke e pasur dorezën të shfryrë dhe pjesa e hapur mbyllet në momentin e gëlltitjes.

### **Kujdesi për valvulën e të folurit**

Valvula e të folurit përmban një disk plastik që hapet gjatë inspirimit dhe mbyllet gjatë ekspirimit. Ai është i fiksuar në laring. I rëndësishëm është pastrimi çdo ditë nëpërmjet një tubi të brendshëm ose lahet me ujë dhe sapun. Më pas valvula shpëlahet me ujë të rrjedhshëm dhe thahet mirë.

Gjatë vendosjes së valvulës duhet të kontrollojmë nëse:

1. Pacienti e nxjerr ajrin nëpërmjet hundës dhe gojës.
2. e folura është përmirësuar
3. vihet re një pakësim i sekrecioneve orale dhe nazale.

4. Pacienti kollitet sepse kollitjet e forta mund ta nxjerrin valvulën jashtë.

### **Që të përdoret valvula e të folurit duhet:**

1. Doreza e trakeostomisë të jetë e shfryrë.
2. Pacienti të jetë i stabilizuar nga ana mjekësore në mënyrë që të nxjerrë ajrin nga mushkëritë përmes hundës dhe gojës. (Duhet të tregojmë kujdes të vecantë kur Pacienti vendos valvulën për herë të parë.)
3. Të rritet koha e vendosjes së valvulës në qoftë se është e nevojshme
4. Të sigurojmë pacientit një enë për sekrecionet orale.
5. Të sigurohemi që Pacienti të bëjë frymënxjerrje të rregullt, pasi në këtë mënyrë evitohet mbajtja e frymës.
6. Të vlerësohet konsistenca e sekrecioneve dhe nëse ato janë të trasha duhet të trajtohen nga ana mjekësore.
7. Të marrim në konsideratë ankesat e pacientit për vështirësi në frymëmarrje dhe të zvogëlojmë madhësinë e tubit, pasi një gjë e tillë lejon që ajri të dalë nëpërmjet valvulës.
8. Të hiqet valvula e të folurit kur Pacienti është në gjumë pasi mund të shkaktojë vdekjen e tij.
9. Të bëhet heqja e kanjulës vetëm nga mjeku.

### **Komplikacionet në pacientët me trakeostomi:**

1. Hemorragji masive
2. Infektimi i plagës
3. Trakeiti (inflamacioni i trakesë).
4. Pneumotoraks ose abces në mushkëri.
5. Edema e subglotisit
6. Stenoza trakeale
7. Lëvizja aksidentale e tubit.
8. Emfizema subkutane (grumbullimi i ajrit poshtë lëkurës rreth trakeostomisë).
9. Dëmtim i ezofagut.
10. Dëmtim i nervave që lëvizin kordat vokale.
11. Bllokim i tubit nga koagulat e gjakut.
12. Krijimi i një lidhjeje të vogël nga trakea në ezofag që quhet fistul trakeo ezofagale.
13. Krijimi i një granulome
14. Kur tubi i trakeostomisë hiqet, hapja mund të mos mbyllet vetë. Tubat që qëndrojnë për 16 javë ose më shumë janë më të rrezikshëm sepse kërkojnë mbyllje në mënyrë kirurgjikale.

## Më të riskuar për komplikacionet post-trakeostomike janë:

1. Infantët dhe fëmijët e vegjël.
2. Duhanpirësit.
3. Abuzuesit e alkolit.
4. Pacientët me imunitet të ulët.
5. Pacientët me sëmundje kronike ose infeksione respiratore.
6. Personat që marrin steroide ose kortizonikë.

## Komponentë të rëndësishëm gjatë kujdesit të një pacienti me trakeostomi

Gjatë kujdesit të një pacienti me trakeostomi duhet të kemi parasysh:

1. Lagështimin e gazeve të inspiruar.
2. Mobilizimin e sekrecioneve.
3. Sigurimin e rrugëve ajrore në të cilin një rol të rëndësishëm luan aspirimi i sekrecioneve.
4. Të kontrollojmë që tubi i trakeostomisë të mos ketë dalë jashtë.

## Aspirimi

Aspirimi është një procedurë nëpërmjet të cilës bëhet eliminimi i sekrecioneve endotrakeale.

Para se të aspirojmë, duhet:

- t'i shpjegojmë procedurën pacientit pasi një gjë e tillë do të ndikojë në uljen e ankthit tek ai/ajo.
- të zbatojmë teknikat aseptike, pasi kemi të bëjmë me një plagë të hapur e cila mund të infektohet menjëherë.



## Kujdesi që duhet të tregojmë në qoftë se tubi i trakeostomisë del jashtë

1. Ruajmë qetësinë.
2. I kërkojmë pacientit të marrë frymë normalisht nëpërmjet stomës.
3. Përdorim dilatatorin trakeal në qoftë se duam që stoma të qëndrojë e hapur.
4. Përgatitemi për një rivendosje të tubit.

## Procedura e aspirimit

1. Përgatisim të gjitha paisjet që na nevojiten.
2. I shpjegojmë pacientit procedurën dhe arsyen e saj në mënyrë që të sigurojmë bashkëpunimin e tij/saj.
3. Lajmë duart me ujë dhe sapun.
4. Veshim doreza sterile.
5. Lidhim kateterin aspirues me aspiratorin.
6. Heqim kateterin steril nga qesja.
7. Ndezim aspiratorin
8. Lubrifikojmë kateterin thithës me lubrifikues.
9. Sigurohemi që pacienti është i mirëoksigjenuar.
10. Në qoftë se pacienti nuk është në ventilim mekanik, shkëputet nga oksigjeni suplementar dhe lagështuesi.
11. Në qoftë se pacienti bashkëpunon, i kërkohet të bëjë një frymëmarrje të thellë dhe futim me kujdes kateterin thithës në tubin e trakeostomisë. Në qoftë se haset rezistencë, tërhiqet kateteri me kujdes. Gjatë futjes së kateterit në tubin e trakeostomisë, valvula lihet e hapur në mënyrë që të mos aspirojë gjatë futjes në trake.
12. Aspirimi nuk duhet të zgjasë më shumë se 15 sekonda.
13. Pasi hiqet kateteri, lidhet pacienti me ventilatorin mekanik ose me burimin e oksigjenit.
14. Auskultojmë pulmonet për të vlerësuar nëse e kemi bërë siç duhet aspirimin.
15. Dokumentojmë procedurën.

5. Pasi e vendosim, tubi lidhet me kujdes duke lënë një hapësirë të vogël ndërmjet lidhjes dhe qafës së pacientit.
6. Kontrollon pozicionin e tubit duke i kërkuar pacientit të marrë frymë thellë.
7. Përpara stomës vendosim një garzë pasi në qoftë se tubi është vendosur mirë, garza do të fryhet gjatë frymënxjerrjes së pacientit.



## KUJDESI PËR STOMAT

### Çfarë është stoma?

Stoma është një hapje në abdomen e cila mund të lidhet me traktin tretës ose urinar për të lejuar mbetjet trupore (urinë, feçe) të dalin jashtë trupit.

Mbi stomë vendoset qesja e cila mund të jetë me fund të hapur ose të mbyllur. Stoma nuk ka mbaresa nervore dhe pacienti nuk ndjen dhimbje tek vendi i saj.

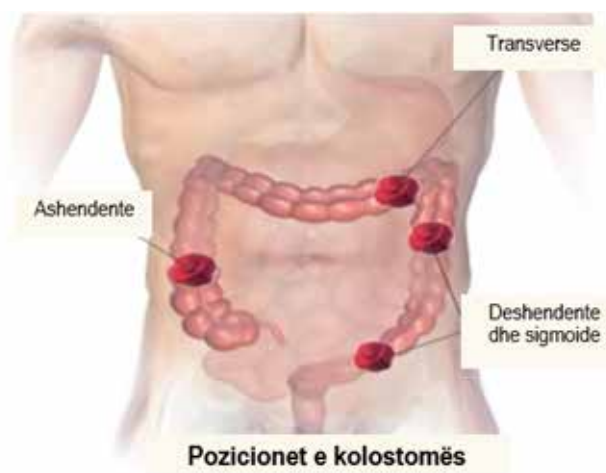
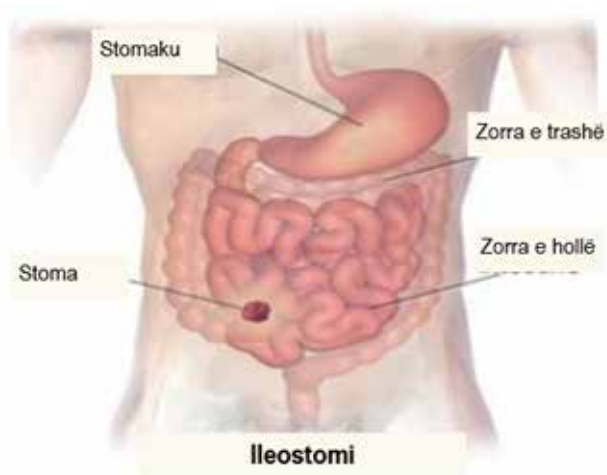
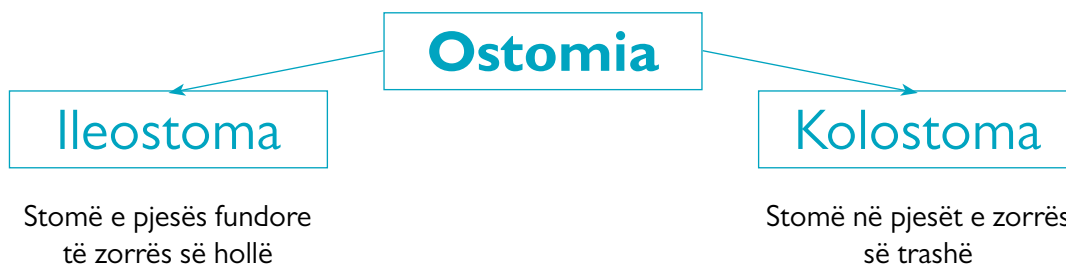
### Qëllimi i stomës

Të ndihmojë defekimin dhe urinimin sistematik  
Të ndihmojë lehtësimin e simptomave të patologjive gastrointestinale dhe urinare.

### Gjendjet shëndetësore kur pacientit i nevojitet stoma:

- Sëmundje inflamatorë të zorrëve
- Ulçera
- Polipoza të zorrëve
- Kancer i traktit tretës
- Çrregullime të funksionit të zorrëve
- Dëmtime aksidentale të traktit tretës dhe urinar
- Deformime kongenitale të anusit dhe rektumit

### Tipet e ostomive



### Stomat mund të jenë:

- Të përkohshme
- Të përhershme

### Pajisjet e nevojshme

1. qese kolostomi, urostomie
2. bazë për qeset përkatëse

3. kapëse për qeset me zbrazje
4. ngjitës
5. plastelinë
6. pudër
7. pastrues lëkure
8. doreza jo sterile

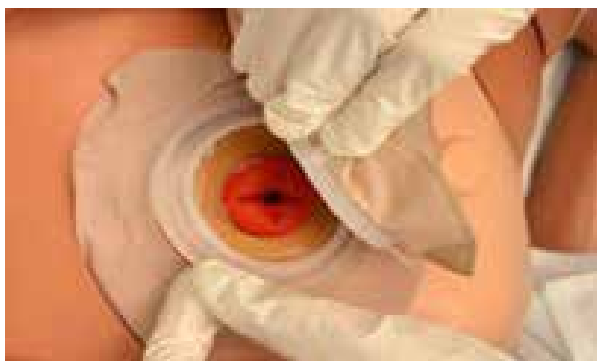


9. gërrshërë
10. fletë kalibruese
11. laps
12. pastrues ngjitësi
13. peshqir pambuku
14. shtroje



### Procedura e heqjes dhe vënies së qeses

1. Identifikoni pacientin, i krijoni atij privatësinë, dhe e inkurajoni që të marrë pjesë sa më shumë të jetë e mundur në procedurë.
2. Vendosni shtrojen nën qese, me qëllim parandalimin e ndotjes së mundshme të pacientit dhe materialeve përreth.
3. Vendosni dorezat dhe hiqni qesën e kolostomisë/urostomisë



5. Pastroni pjesën e ngjitësit të mbetur në lëkurë me pastruesin përkatës. Në mungesë të tij, përdorni letër të lagur. Pastroni më pas stomën dhe pjesën e lëkurës peristomale butësisht, duke e fshirë me ujë të ngrohtë, pa sapun. Pastrimi agresiv mund të shkaktojë gjakderdhje.



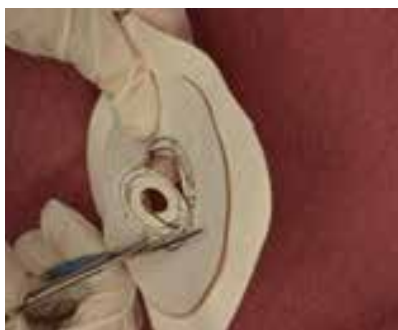
4. Hiqni bazën duke e tërhequr butësisht nga stoma. Heqja e kujdesshme parandalon dëmtimin e lëkurës





6. Vlerësoni stomën dhe lëkurën peristomale. Stoma duhet të ketë ngjyrë rozë në të kuqe, e ngritur mbi nivelin e lëkurës dhe e lagur. Lëkura që rrethon stomën duhet të jetë pa plagë, skuqje ose dëmtime të tjera.

7. Matni diametrin e stomës duke përdorur fletën kalibruese. Hapja e diametrit të bazës, duhet të jetë 2 mm më e madhe se madhësia e stomës. Në momentin që kemi përcaktuar diametrin e bazës, e presim atë në madhësinë e duhur për t'a përshtatur sa më mirë me stomën.



8. Përgatitni më pas lëkurën dhe aplikoni produkte aksesorë ne bazë të nevojave. Këto produkte mund të përfshijnë: pastë adesive, pluhur adhesiv, unazë ngjitëse ose produkte

të tjera ngjitëse. Thani mirë lëkurën para vendosjes së tyre me qëllim që ngjitja të bëhet sa më mirë.



Disa lloje adesivë për stoma, për një ngjitje më të mirë të bazës

9. Hiqni mbështetësin e brendshëm të bazës dhe vendosni bazën mbi stomë. Lëreni shiritin kufitar të bazës të pa hequr. Ushtroni presion. Mbajeni në vend për 1 minutë që baza të ngrohet dhe të bashkohet me trupin e pacientit. Pastaj hiqni mbështetësen e

kufirit të jashtëm dhe shtypni butësisht për të krijuar ngjitjen. Ngrrohtësia e dorës mund të ndihmojë pajisjen të ngjitet në lëkurë. Për një ngrohje më të shpejtë të bazës, mund të përdoret tharëse flokësh



Hiqni mbështetësen nga baza Vendosni bazën rreth stomës Shtypni butësisht për të krijuar ngjitjen.

10. Vendosni qesën e stomës duke e përputhur me kanalën e bazës. Vendosni kapësen në

pjesën e poshtme të qeses, por qesja mund të jetë edhe vetë me grifshë mbyllëse. Ky hap parandalon rrjedhjet nga stoma të cilat mund të ndotin pacientin ose shtratin.



Vendosni qesën e stomës



Bashkëngjiteni kapësen në fund të qeses

11. Mbajeni pëllëmbën e dorës mbi qesën e stomës për 2 minuta për të ndihmuar pajisjen që të ngjitet mirë në lëkurë.  
 12. Pastroni vendin nga mbeturinat dhe vendoseni pacientin në një pozicion të rehatshëm.  
 13. Kryeni higjienën e duarve. Kjo minimizon transmetimin e mikroorganizmave të mundshëm.

**E njëjta procedurë përdoret për ileostomat dhe urostomat**

## Komplikacionet e stomës

### Komplikacionet e hershme

- Iskemi
- Gjakrrjedhje
- Tërheqje përbrenda

### Komplikacionet e vonshme

- Prolaps
- Hernie peristromale
- Irritimi i lëkurës peristromale
- Obstruksion i zorrës

### **Iskemia si komplikacion i stomës ndodh për shkak të:**

- Dëmtimit të rrjedhës së gjakut
- Furnizimit të keq me gjak kur formohet stoma
- Qeses shumë të shtrënguar

### **Menaxhimi i gjakrrjedhjes nga stoma**

- Mos e fërkoni stomën
- Tregoni shumë kujdes gjatë vendosjes së qeses
- Ndaloni gjakrrjedhjen duke e shtypur me garzë
- Mundohuni ta zgjidhni problemin pa ndërhyrje kirurgjikale



### **Gjakrrjedhja si komplikacion i stomës ndodh për shkak të:**

- Pastrimit shumë rrënjësor
- Matjes jo korrekte të diametrit të stomës me fletën kalibruese
- Hipertensionit portal tek pacientët me cirrhosis
- Recidivave të kancerit të kolonit

### **Menaxhimi i gjakrrjedhjes nga stoma**

- Mos e fërkoni stomën
- Tregoni shumë kujdes gjatë vendosjes së qeses

- Ndaloni gjakrrjedhjen duke e shtypur me garzë
- Mundohuni ta zgjidhni problemin pa ndërhyrje kirurgjikale

### **Tërheqja nga brenda e stomës shkaktohet nga:**

- Tensioni i madh i stomës
- Fiksim i pamjaftueshëm i stomës
- Shtimi në peshë pas operacionit

### **Menaxhimi i tërheqjes nga brenda të stomës**

- Përdorni qese me kapje më solide
- Aplikoni pastën adesive përpara se të fiksoni qesen



### **Irritimi i lëkurës si komplikacion i stomës**

- Sigurohuni që qesja dhe pjesa me ngjitje janë fiksuar siç duhet
- Kontrolloni rrjedhjen e shtuar të mukusit
- Kujdes me matjen e masës së stomës dhe zgjedhjes së qeses
- Përdorni ujë të vakur dhe sapun të butë për pastrimin e lëkurës peristomale
- Mos përdorni agentë kimike si alkooli, kremra ose pudër për pastrimin e lëkurës peristomale
- Mos përdorni metoda artificiale për tharje



### Menaxhimi i irritimit të lëkurës si komplikacion i stomës

- Edukoheni pacientin për ndërrimin e qeses.
- Përdorni qesen me dy pjesë për të lejuar shërimin e lëkurës.
- Përdorni pudrën ngjitëse për stoma.
- Mos përdorni antiseptikë për pastrimin e lëkurës peristomale.
- Ndërroni bazën e qeses menjëherë sapo fillon të ketë rrjedhje.
- Baza e qeses prej methyl celuloze vjen shumë në ndihmë në këto raste.

### Produktet për kujdesin ndaj stomave

- **Qesja e mbyllur**  
Janë qese te mbyllura në fund dhe zakonisht përdoren për kolostomitë që prodhojnë fece të forta. Kjo qese ndërrohet sipas nevojës, një deri tre herë në ditë.
- **Qesja e hapur/ me drenazhim**  
Përdoren nga pacientet me ileostomi meqenese materiali është në gjendje të lëngshme. Qeset zbrazen nga poshtë sipas nevojës dhe ndërrohen një herë në çdo 3-4 ditë. Disa pacientë me kolostomi mund të preferojnë qeset e hapura nëse kanë stoma me aktivitet të shpeshtë.
- **Qeset e urostomisë**  
Kanë një rubinet të vogël në fund, i cili hapet dhe bën zbrazjen e urinës kur është e nevojshme. Këto qese normalisht ndërrohen çdo 3-4 ditë.
- **Qeset një-pjesëshe**  
Qesja dhe pjesa e bazës janë të bashkuara dhe ndërrohen komplet çdo herë që bëhet ndërrimi i qeses. Këto qese qëndrojnë në mënyrë të sheshtë në trup.

- **Qeset dy-pjesëshe**  
Qesja dhe baza janë të ndara nga njëra tjetra. Gjatë ndërrimit baza nuk levizet, por vetëm montohet në të qesja e re.
- **Qeset me bazë konvekse**  
Këto qese kanë bazë konvekse për të ndihmuar tërheqjen nga jashtë të stomës së kthyer përbrenda dhe për të qëndruar edhe në palat e lëkurës.
- **Sprajet/pecetat për heqjen e ngjitësit**  
Këto përdoren për heqjen e shpejtë të qeses pa irrituar lëkurën.
- **Unazat barrierë dhe pastat barrierë**  
Përdoren për të mbushur ndonjë vend bosh apo çarje rreth stomës duke parandaluar kështu rrjedhjen e materialeve nën qese dhe irritimin e lëkurës. Gjithashtu ndihmojnë që qesja të ngjitet me efektivisht nëse lëkura është e lagur ose e dëmtuar.
- **Sprajet aromatike të stomave**  
Përdoren për neutralizimin e aromave të pakëndëshme në momentin e ndërrimit të qeses.
- **Rripi i stomës**  
Përdoret kur pacienti ka hernie ose kur doni të parandaloni hernien. Rripi fiksohet tek dy unaza në të dyja anët e bazës për mbështetje abdominale shtesë.
- **Mburoja e stomës**  
Mburoja lidhet tek rripi i stomës dhe është prej materiali të fortë plastik. Mburoja përdoret nëse do të ushtroni sporte kontakti ose doni ta mbroni stomën kur kryeni një aktivitet të caktuar.

## VENDOSJA E TUBIT NAZO-GASTRIK

Ky proces njihet si intubim nazogastrik, gjatë të cilit, mjeku apo infermieri fusin një tub plastik të hollë përmes vrimës së hundës në ezofag dhe prej andej në stomak.

### Qëllimi i vendosjes së tubit nazogastrik:

Ushqyerja e pacientit me ushqime të lëngshme kur marrja e tyre nga goja nuk është e mundur.

1. Reduktimi apo eliminimi i sekrecioneve gastrike duke lehtësuar të vjellat
2. Futja nëpërmjet tij e medikamenteve të ndryshme, të nevojshme në situata të caktuara.
3. Nxjerrja e sekrecioneve dhe gazrave prej stomakut për të lehtësuar abdomenin pas interveneteve kirurgjikale.

Tubi nazogastrik prej silikoni që vendoset për ushqyerje enterale, është i përshtatshëm për t'u mbajtur deri në gjashtë javë, sepse nuk dëmtohet nga acidi klorhidrik i stomakut. Tubat e tjerë mund të qëndrojnë deri në dy javë.

### Pajisjet e nevojshme për vendosjen e tubit nazogastrik:

1. Tub nazo-gastrik me masën e duhur
2. Doreza njëpërdorimshe
3. Lubrifikant dhe garzë për të lubrifikuar majën e tubit nazogastrik.
4. Baçinelë që do të përdoret në rast të vjellash.
5. Peshqirë letre për të ndihmuar pacientin të pastrojë sipërfaqen rreth gojës, nëse është e nevojshme.
6. Shiringë 10 ml për të aspiruar sekrecionet nga tubi nazogastrik.
7. Lëndë anestetike për të bërë anestezi të orofaringut.
8. Shirit letre ngjitëse
9. Kapëse
10. Marker
11. Një gotë ujë, për të vlerësuar nëse refleksi i gëlltitjes është prezent tek pacienti.
12. Tabaka për vendosjen e materialeve të mësipërme.





## Procedura

1. Konfirmoni identitetin e pacientit për të cilin është dhënë udhëzimi nga mjeku për vendosjen e tubit nazo-gastrik në mënyrë që të përcaktoni procedurën dhe pajisjet e nevojshme.
2. Vlerësoni koshtencën e pacientit dhe i shpjegoni procedurën në mënyrë që të siguroni bashkëpunimin e tij/saj.
3. Siguroni privatësinë e pacientit.
4. Siguroni të gjithë pajisjet për të pasur performancë sa më të mirë.
5. Higjenzoni duart dhe vendosni dorezat njëpërdorimshe, për të reduktuar infeksionet e mundëshme. Nuk nevojiten teknika sterile sepse trakti tretës nuk është steril. Dorezat mbrojnë personelin nga ekspozimi ndaj gjakut dhe fluideve të tjera trupore.
6. Vlerësoni shenjat vitale të pacientit.
7. Ndhmoni pacientin të qëndrojë në pozicion 45-90 gradë duke i vendosur jastëk poshtë kokës dhe shpatullave. Pozicioni ulur është më i përshtatshëm për qëllitje dhe e mbron pacientin nga aspirimi nqs ai/ajo do të vjellë.
8. Kontrolloni vrimat e hundës dhe kavitetin oral të pacientit.
9. Kontrolloni kalueshmërinë dhe vlerësoni vrimën më të mirë të hundës duke i kërkuar pacientit të marrë frymë normalisht me tjetrën. Pyesni pacientin për histori rreth devijacionit të septum nasi.
10. Pastroni vrimat e hundës duke përdorur tampon pambuku.
11. Vlerësoni abdomenin e pacientit për borborigmi dhe distension abdominal.
12. Masni gjatësinë e duhur të tubit, duke vendosur tubin tek vrima e hundës, pastaj deri tek bula e veshit dhe më pas deri tek procesi ksifoid në mënyrë që tubi të arrijë deri tek stomaku i pacientit.
13. Shënoni gjatësinë e saktë me marker ose me një copë ngjitësi.
14. Vendosni nje peshqir në gjoksin e pacientit i cili do të shërbejë në pritjen e sekrecioneve ose të vjellave të mundshme.

## Vendosja e tubit nazo-gastrik

1. Lubrifikoni majën e tubit (2.5-5 cm) për lehtësim të hyrjes së tubit në stomak. Ksilokaina xhel mund të mos rekomandohet

- si lubrifikant për shkak të riskut të shokut nga ksilokaina. Lubrifikanti i tretshëm në ujë nuk shkakton pneumoni nëse tubi hyn aksidentalisht në mushkëri.
2. Futni tubin në vrimën e hundës duke e lëvizur para-mbrapa. Nëse ndiqni konturin normal të kalimit nazal gjatë futjes së tubit, reduktohet irritimi dhe dëmtimi i mundshëm i mukozave. Nëse hasni rezistencë gjatë futjes së tubit në hundë, hiqeni tubin, mundësoni çlodhjen e pacientit dhe përsërisni procedurën tek vrima tjetër e hundës.
3. Pacienti mund të ketë ndjenjën e mbytjes kur tubi arrin faringun, por ky refleks simulohet nga tubi.
4. Instruktioni pacientin të prekë mjekrën me gjoksin.
5. Inkurajoheni pacientin të realizojë procesin e qëllitjes edhe pse nuk ka çfarë të qëlltisë. Qëllitja ndihmon avancimin e tubit dhe bën që epiglotti të mbulojë hapjen e trakesë dhe të eliminojë kollën dhe ndjenjën e mbytjes.
6. Avancojeni tubin para- mbrapa nderkohë që pacienti qëlltitet. Në këtë moment mund të ketë kollë nëse tubi është përkulur në pjesën e prapme të fytit.
7. Ndalojeni lëvizjen e tubit kur pacienti merr frymë sepse shtyrja e tij mund të shkaktojë dëmtim të membranave mukozale.
8. Nëse mbytja dhe kolla persistojnë atëherë kontrolloni tubin nëpërmjet hapësirës së gojës. Nëse tubi nuk është në ezofag, pacienti shfaq shënja të distresit dhe nuk mund të flasë ose të mërmërije.
9. Vazhdoni të shtyni tubin derisa të arrini tek shenja. Mos ushtroni forcë. Rrotulloni tubin nëse ndeshni rezistencë. Ndërpriteni procedurën dhe hiqeni tubin nëse ka shenja të distresit si vështirësi në frymëmarrje, kollë, cianoze dhe pamundësi për të folur ose mërmëritje.
10. Ndërsa mbani një dorë tek tubi, verifikoni vendosjen e tubit në stomak. Nëse tubi është në stomak ju mund të dëgjoni ajrin që hyn në të (tingulli i rrymës së ajrit që lëviz). Nëse tubi është në ezofag injektimi i ajrit është i vështirë ose i pamundur. Për më tepër, injektimi i ajrit shpesh i shkakton pacientit mbytje të menjëhershme. Nëse tubi është në laring, pacienti e ka të pamundur të flasë.

**a) Aspirimi i një sasi të vogël të përmbajtjes së stomakut**

Vendosni shiringën në fund të tubit dhe thithni një sasi të vogël të përmbajtjes së stomakut. Vëzhgoni përmbajtjen e thithur duke kontrolluar ngjyrën dhe konsistencën.

**b) Auskultacioni:**

Injektoni një sasi të vogël ajri (10-15 ml) në tubin nazogastrik ndërsa dëgjoni me stetoskop rreth 8 cm poshtë sternumit.

**c) Bëni radiografinë e vendosjes së tubit (sipas porosisë së mjekut)**

11. Fiksoni tubin me ngjitës në hundën e pacientit, por kujdes mos e tërhiqni shumë fort kundrejt hundës pasi presioni konstant

në lëkurë dhe membranat mukozale mund të shkaktojë dëmtimin e tyre.

12. Kapni me kapëse fundin e tubit nazo-gastrik ndërsa e mbani të përkulur që të mos hapet. Përkulja e tubit parandalon hyrjen e sekrecioneve.

13. Hiqni dorezat dhe higjenizoni duart për të parandaluar përhapjen e infeksioneve.

14. Rivendosni pajisjet në vendin e duhur, për të qenë gati për procedurën pasardhëse.

15. Dokumentoni datën, orën dhe madhësinë e tubit nazo-gastrik, sasinë dhe ngjyrën e sekrecioneve të thithura si dhe reagimet e pacientit pas vendosjes së tubit. Nënshkruani dokumentin. Dokumentimi ndihmon koordinimin e kujdesit.



## Heqja e tubit nazo-gastrik

1. Grumbulloni të gjitha pajisjet të tilla si: baçinelë, fasho, garza dhe doreza njëpërdorimshme në anë të shtratit të pacientit, që të keni një performancë sa më të saktë.
2. Shpjegojini pacientit se çfarë do të bëni në mënyrë që ai/ajo të bashkëpunojë me ju.
3. Vishni dorezat që të parandaloni përhapjen e infeksionit.
4. Hiqni tubin. Kujdes! Mos vazhdoni heqjen e tij nëse hasni rezistencë, sepse mund të dëmtoni membranat dhe organet. Bëni tentativë tjetër pas 1 ore.
  - a) Hiqni me kujdes ngjitësin që mban tubin nazo-gastrik në hundën e pacientit.
  - b) Hiqni tubin pasi të shfryni balonat (në rastet e tubit me balon).
  - c) Thjesht tërhiqeni tubin për ta nxjerrë, në fillim me ngadalë dhe më pas me shpejtësi kur pacienti fillon të kollitet. Mos harroni se levizja e ngadalshme e tubit shkakton kollë dhe parehati tek pacienti.

- d) Hidheni tubin.
  - e) Sigurohuni të hiqni çdo mbetje ngjitësi nga fytyra e pacientit. Acetoni ju ndihmon të hiqni substancat ngjitëse nga fytyra por ai mund të irritojë lëkurën prandaj duhet fshirë mirë.
5. Kujdesuni për gojën nëse ka nevojë, pasi kjo e rehaton pacientin.
  6. Hiqni dorezat dhe lani duart për të parandaluar infeksionet.
  7. Regjistroni datën, orën dhe gjendjen e pacientit. Tregoni vëmendje për ankesa të mundshme, si: parehati, distension, ose nausea pas heqjes së tubit. Nënshkruani regjistrimin. Dokumentimi bën të mundur koordinimin e kujdesit dhe përgjegjshmërinë profesionale.
  8. Rregulloni pajisjet për të qënë gati për procedurën pasardhëse.





## Administrimi i ushqyerjes nëpërmjet tubit nazo-gastrik

Ushqyerja nëpërmjet tubit nazo-gastrik nënkupton dhënien e ushqimeve të lëngshme përmes tubit në traktin intestinal, kur pacienti e ka të pamundur të marrë ushqime ose ushqyes të tjerë nga goja.

### Qëllimi:

1. Të japë sasi të mëdha lëngjesh për qëllime terapeutike.
2. Të sigurojë një mënyrë specifike kujdesi për pacientë të veçantë, të cilët kanë vështirësi potenciale të gjellitjes.

### Pajisjet e nevojshme

1. Doreza një-përdorimshe
2. Solucioni ushqyes sipas recetës së mjekut
3. Qese ushqyese
4. Kanë me ujë
5. Shiringë e madhe (30ml ose më e madhe)
6. Gotë matëse
7. Kapëse nëse është e mundur
8. Peceta letre sipas nevojës
9. Stetoskop

### Procedura

1. Grumbulloni të gjitha pajisjet dhe materialet, si dhe udhëzimet e mjekut për ushqyerjen nëpërmjet tubit. Kjo j'u ndihmon të keni performancë sa më të mirë dhe konfirmon tipin e solucionit ushqyes, rrugën e administrimit dhe kohën e dhënies.
2. Përgatitni përmbajtjen:
  - a) Në formë të lëngshme:

Tundni fort përmbajtjen e cila ndodhet në enën e posaçme, pasi solucioni mund të kërkojë përzjerje para administrimit. Kontrolloni datën e skadencës.
  - b) Në formë pluhuri:

Tretni dhe përzjeni produktin duke ndjekur instruksionet në paketim, përgatitni përmbajtjen që do të përdoret vetëm për 24 orë dhe pjesën tjetër ruajeni në frigorifer. Vendosni etiketë me emrin dhe datën në enën ku keni përgatitur solucionin. Ai duhet të arrijë temperaturën e dhomës përpara se ta përdorni, pasi solucioni i ftohtë shkakton parehati

dhe ndonjëherë edhe diarre. Solucioni i ndenjur mund të jetë i kontaminuar, me më pak elementë ushqyes dhe mund të përmbajë mikroorganizma nëse është mbajtur për më shumë se 24 orë.

Në formë "pure" e lëngshme, e cila përgatitet nga spitali ose nga familja e pacientit në kohën e ushqyerjes. Përgatitni përmbajtjen në kohën e ushqyerjes dhe lëreni të arrijë temperaturën e dhomës përpara se ta përdorni.

3. Shpjegojini procedurën pacientit që ai ta kuptojë dhe të bashkëpunojë me ju.
4. Lani duart dhe vishni dorezat njëpërdorimshe për të parandaluar infeksionet.
5. Poziciononi pacientin me kokën e shtratit të ngritur me 30°-45°. Ky pozicion ndihmon në mënjanimin e aspirimit të solucionit ushqyes në mushkëri.
6. Sigurohuni që tubi është në stomak duke:
  - a) **Thithur sekrecionet e stomakut nëpërmjet:**
    - vendosjes së shiringës në fund të tubit ushqyes
    - tërheqjes së ngadaltë të pistonit
    - matjes së sasisë së fluidit rezidual

Më pas ktheni fluidin rezidual në stomak përmes tubit dhe vazhdoni me ushqyerjen. Aspirim i fluidit gastrik tregon se tubi është vendosur siç duhet në stomak. Sasia e fluidit rezidual reflekton kohën e zbrazjes gastrike dhe përcakton nëse ushqyerja duhet të vazhdojë apo jo. Përmbajtja reziduale kthehet në stomak sepse ajo përmban elektrolite dhe enzima digjестive shumë të vlefshme. Në rastin kur nuk ka prezencë reziduale, duhet të kontrolloni me shumë kujdes vendosjen e tubit.

Sasia reziduale mbi 120 ml mund të shkaktohet nga ushqyerja me shpejtësi të madhe ose nga nevoja për një kohë më të gjatë për tretje. Bëni ushqyerjen për 2 orë dhe kontrolloni përsëri sasinë reziduale.

### b) Injektuar 10-20 ml ajër në tub nëpërmjet

- vendosjes së shiringës së mbushur me ajër në tub.

- injektimit të ajrit dhe duke dëgjuar me stetoskop mbi kuadrantin e sipërm të majtë të abdomenit.  
Për fëmijët injektoni 3-5 ml ajër. Tingulli i rrjedhës së ajrit ose gurgullima zakonisht tregon se tubi është në stomak.

**b) Bëni radiografinë ose EKO-n për të përcaktuar pozicionin e tubit**

## Ushqyerja e herëpashershme ose ushqyerja Bolus

### Përdorimi i qeses ushqyese:

1. Vendosni setin e qeses ushqyese 45 cm mbi stomak dhe kapni tubin me kapëse
2. Mbushni qesen me formulën e përshkruar nga mjeku dhe përgatisni tubin duke hapur kapësen. Lejoni ushqimin të rrjedhë nëpër tub. Mbyllni tubin me kapëse.  
Kujdes! ushqyerja e shpejtë mund të shkaktojë nause dhe spazma abdominale. Uji e pastron tubin, duke e mbajtur në gjendje optimale. Mbyllja e tubit gjatë ushqyerjes parandalon futjen e ajrit në stomak
3. Lidhni fundin e setit me tubin gastrik. Hapni kapësen dhe rregulloni rrjedhën sipas urdhërit të mjekut.
4. Shtoni 30-60 ml ujë në qesen e ushqimit kur ushqimi të ketë mbaruar. Mbyllni tubin me kapëse dhe shkëputni setin e ushqyerjes.

### Përdorimi i shiringës:

1. Kapni tubin me kapëse. Vendosni majën e një shiringe të madhe pasi i keni hequr pistonin në tubin gastrik.
2. Vendosni ushqimin në shiringë.

3. Ngrijeni shiringën deri në 45 cm mbi stomak. Hapni kapësen.
4. Lejoni ushqimin të rrjedhë me ngadalë në stomak. Ulni dhe ngrini shiringën për të kontrolluar shpejtësinë e rrjedhës. Graviteti ndihmon lëvizjen e ushqimit drejt stomakut. Kontrolli i sasisë së rrjedhës, parandalon hyrjen e ajrit në stomak, nausenë dhe spazmat abdominale.
5. Shtoni formulën shtesë në shiringë ndërsa ajo boshatiset dhe ushqyerja kompletohet.

### Përfundimi i ushqyerjes

1. Ndërprisni ushqyerjen kur ajo është kompletuar.
2. Shtoni sasinë e përshkruar të ujit.
3. Mbani kokën e pacientit të ngritur për 20-30 minuta. Pozicioni ngritur mënjanon aspirimin e solucionit ushqyes nga mushkëritë.

### Kujdesi për gojën

1. Kujdesuni për gojën duke larë dhëmbët. Kjo higjenzon gojën dhe rehaton pacientin.
  2. Ofroni një shpërlarës goje.
  3. Mbani buzët të lagështa.
- Pastroni dhe rivendosni pajisjet në vendin e caktuar për të parandaluar kontaminimin dhe për të qënë gati për procedurën pasardhëse.
  - Hiqni dorezat dhe lani duart për parandalimin e përhapjes së infeksionit.
  - Dokumentoni datën, kohën, sasinë e residualeve, sasinë e ushqimit dhe reagimet e pacientit ndaj ushqyerjes. Nënshkruani regjistrin për të marrë të gjitha përgjegjësitë profesionale.

### Çfarë është Elektrokardiografia?

Elektrokardiografia është një procedurë e thjeshtë mjekësore, joinvazive, që përdoret për të kontrolluar ritmin e zemrës dhe aktivitetin e saj elektrik nëpërmjet sinjaleve elektrike të prodhuara prej saj në cdo rrahje, duke zbuluar kështu disa prej patologjive kardiake. Prezantimi grafik quhet Elektrokardiogramë. Aparati që përdoret për regjistrimin e aktivitetit elektrik të zemrës quhet elektrokardiograf.

### Elektrokardiografia përdoret në diagnostikimin e:

1. anomalive të ritmit të zemrës
2. zbulimin e dëmtimeve të mëparshme kardiake
3. hipertrofisë kardiake
4. iskemisë dhe Infarkt të miokardit,
5. problemeve të konduksionit
6. aktivitetit të pace maker
7. perikarditit
8. crregullimeve elektrolitike
9. toksiciteteve nga medikamentet

Elektrokardiografia nuk jep informacion mbi aktivitetin mekanik të zemrës.

### Parapërgatitjet për ECG

#### Pacienti që do të kryejë një ECG:

- nuk duhet të konsumojë ushqim dhe pije të cilat përmbajnë kafeinë të paktën 24 orë para kryerjes së ECG.
- të veshë një këmbë apo bluzë që mund të hiqet lehtë për të vendosur elektrodën në gjoks

- të heqë të gjitha bizhuteritë nga qafa, krahët dhe kycet e duarve apo këmbëve
- të shmangë kremrat dhe locionet e yndyrshme për lëkurën ditën e ECG, sepse ato ndërhyjnë në kontaktin e elektrodës me lëkurën
- të shmangë corapet me gjatësi të plotë sepse elektrodën duhet të vendosen direkt në kycin e këmbës

### Pajisjet që duhen për të kryer elektrokardiografinë

#### Të domosdoshme

1. Aparati i ECG (elektrokardiografi)
2. Letra për regjistrim
3. Elektrodën
4. Telat për lidhjen me elektrodën
5. Xhel



#### Opsionale

1. Gërshërë
2. Tampon alkooli

## Procedura

### Përgatitja e aparatit

1. Vendosni aparatit e ECG afër shtratit të pacientit dhe më pas lidhni kordonin me prizën e murit ose baterinë duke u siguruar që ato të funksionojnë.
2. Ndizni aparatit dhe vendosim informacionin e kërkuar për pacientin
3. Kontrolloni të gjitha të dhënat që shfaqen në ekran për tu siguruar nëse janë standardet e duhura.

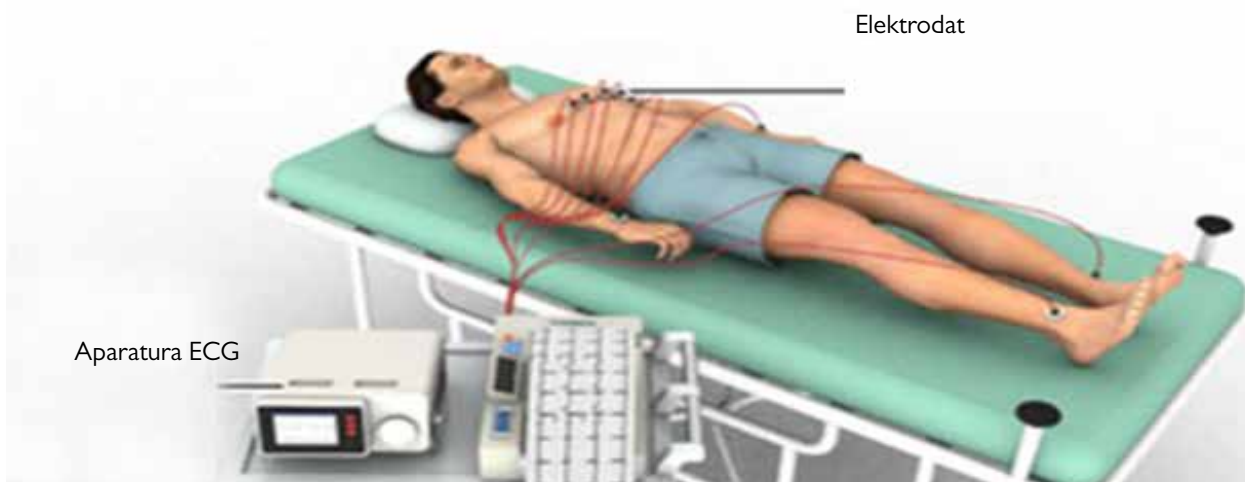
### Informimi i pacientit rreth procedurës

1. Verifikoni fillimisht pacientin me gjeneralitetet e tij dhe procedurën që do të kryejë sipas udhëzimit të mjekut
2. Siguroni privatësinë e tij
3. Informoni pacientin se procedura zgjat rreth 5 minuta. Aparati rregjistron aktivitetin elektrik të zemrës dhe nuk ka asnjë pasojë në shëndetin e tij.

### Procedura e ECG

1. Kryeni higjienizimin e duarve
2. Këshilloni pacientin që të shtrihet në shpinë, në qendër të shtratit dhe krahët t'i shtrijë në anët e tij. Mund të vendosni jastëk apo të ngrini kokën e shtratit për një pozicion komod të pacientit gjatë procedurës.

3. Ekspozoni krahët dhe këmbët e pacientit
4. Këshilloni pacientin të qëndrojë i relaksuar sepse kontraktimi i muskujve shkakton interferim elektrik
5. Sigurohuni që këmbët e pacientit nuk prekin pjesët kufizuese të shtratit
6. Zgjidhni sipërfaqen trupore në të cilën do të vendosni elektrodën duke shmangur pjesët muskulare dhe kockore.
7. Nëse pacienti ka ekstremitete të amputuara, zgjidhni një sipërfaqe në zonën e cingut.
8. Nëse sipërfaqja ka shumë pilozitet, mund t'i eliminoni qimet duke i prerë apo depiluar ato.
9. Pastroni sipërfaqen e lëkurës nga substancat vajore apo të tjera duke përdorur tamponin me alkool që të krijohet një kontakt sa më i mirë me elektrodën
10. Vendosni elektrodën e disponueshme në kycet e duarve dhe të këmbëve të pacientit.
11. Ekspozoni gjoksin e pacientit dhe vendosni elektrodën në pozicionet e caktuara duke i lubrifikuar fillimisht me xhel
12. Nëse pacienti juaj është femër, sigurohuni të vendosni elektrodën e gjoksit poshtë indit të gjirit. Në femrat me gjinj të mëdhenj, spostoni lateralisht indin e gjirit.

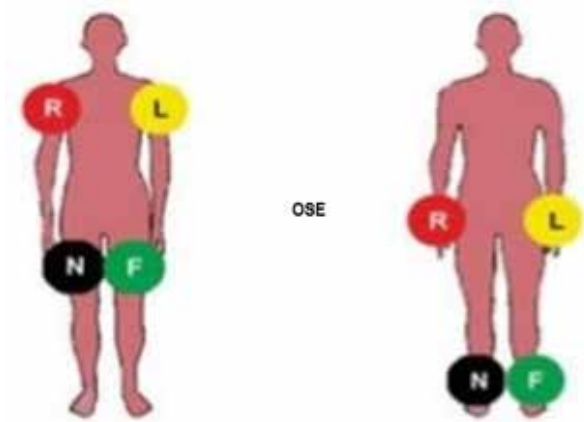


## Vendosja e telave të bakrit në elektroda

Secili nga telat që vendosen në elektroda është i koduar me shkronja dhe me ngjyra të ndryshme

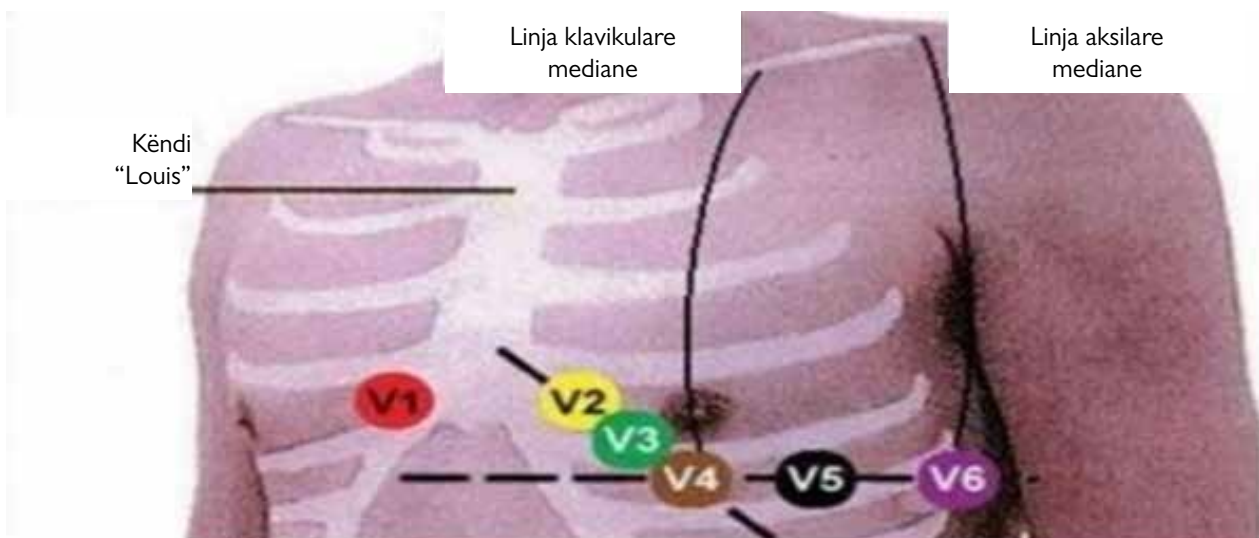
## Vendosja e telave në elektrodën e ekstremiteteve

1. E kuqja apo RA vendoset tek kyçi i dorës së djathtë
2. E verdha apo LA vendoset tek kyçi i dorës së majtë
3. E zeza apo N/RI vendoset tek kyçi i këmbës së djathtë
4. Jeshilja apo LL vendoset tek kyçi i këmbës së majtë



## Vendosja e telave në elektrodën e gjoksit

1. **V1** apo teli në **ngjyrë të kuqe** vendoset në hapësirën e katërt interkostale në të djathtë të sternumit
2. **V2** apo teli në **ngjyrë të verdhë** vendoset në hapësirën e katërt interkostale në të majtë të sternumit
3. **V3** apo teli në **ngjyrë jeshile** vendoset në vijën e mesme midis **V2** dhe **V4**
4. **V4** apo teli në **ngjyrë kafe** vendoset në hapësirën e pestë interkostale në linjën medioklavikulare
5. **V5** apo teli në **ngjyrë të zezë** vendoset në linjën aksilare në të njëjtin nivel me **V4**
6. **V6** apo teli në **ngjyrë vjollce** vendoset në linjën medioaksilare në të njëjtin nivel me **V4** dhe **V5**.



Pasi janë vendosur të gjitha elektrodën dhe telat përkatës në secilën prej tyre, jemi gati për të filluar regjistrimin e ECG.

1. Kërkojini pacientit të qëndrojë shtrirë, të mos flasë, të marrë frymë normalisht dhe i relaksuar gjatë gjithë regjistrimit të ECG
2. Ju mund të shikoni në ekranin e elektrokardiografit formimin e valëve të ECG përpara se ajo të regjistrohet në letër.
3. Shtypni butonin **Print** dhe observoni për cilësinë e regjistrimit gjatë procedurës.
4. Aparati do të regjistrojë automatikisht të 12 derivacionet.

**Kur aparati mbaron regjistrimin në 12 derivacionet:**

1. Hiqni elektrodën dhe pastroni lëkurën e pacientit.
2. Ndihmoni pacientin për ta vendosur në një pozicion komod
3. Siguroni shtratin në një pozicion të ulët
4. Hiqni telat nga elektroda, pastroni dhe thani secilën prej elektrodave
5. Largoni cdo pajisje tjetër dhe lani duart

Pas përfundimit të ekzaminimit, elektrokardiografi i fikur, vendoset në pozicion horizontal, në një mbështetëse të sheshtë dhe të sigurt, në ambjent pa lagështirë. Së bashku me aparatin, në krah të tij, vendosim elektrodën dhe telat të cilat i kemi pastruar paraprakisht. Të gjitha vendosen në çantën e aparatit për t'u përdorur për ekzaminimin e rradhës.

## KUJDESI INFERMIEROR NË TRAJTIMIN E LYMPHEDEMËS

### Përkufizim

**Lymphedema** është akumulimi i lëngut intersticial ose lëngut proteinik limfatik në indet e trupit, si rezultat i drenimit të pamjaftueshëm limfatik.

Lymphedema mund të ndodhë në ekstremitetet e sipërme në rastet e patologjive malinje të gjirit (si tek femrat ashtu edhe tek meshkujt), kryesisht në rastin e interventeve kirurgjikale (mamektomi totale) dhe heqje të limfonodujve aksilarë.

Në ekstremitetet e poshtme, në rastet e patologjive malinje të kavitetit abdominal, të cilat komprimojnë enët limfatike dhe venën kava inferior.

Në një ekstremitet me lymhedemë;

- lëkura humbet elasticitetin,
- lëkura tendoset (bëhet e fortë gjatë prekjes)
- ndodh hyperceratosis (trashje dhe deskuamim i lëkurës)
- ndodh papillomatosis,
- ka prani të vezikulve.

### Menaxhimi i lymphedemës

Menaxhimi bazohet në kujdesin për lëkurën, masazhim, bandazhim, përdorimin e çorapeve ose bende/fasho llastiku, përdorimin e aparatit pneumatik. Të gjitha këto hapa kanë për qëllim:

- ruajtjen e integritetit të lëkurës.
- zvogëlimin e edemës,
- përmirësimin e qarkullimit të limfës,

### Pajisjet e nevojshme në kujdesin ndaj lymphedemës

- Sapun me pH neutral
- Ujë i vakët
- Peshqir
- Krem hidratues me bazë uji
- Bende elastike me gjerësi të ndryshme
- Fasho tubulare
- Fasho vatinë ose pambuku për të ndihmuar uljen e presionit (artifleks)
- Mbushje në formë “veshkash” për kyçet e këmbëve
- Ngjitës
- Aparati kompresues pneumatik

Mbushje në formë veshke





## Procedurat e kujdesit infermieror

1. Identifikoni pacientin dhe gjendjen e tij shëndetësore.
2. Informoni pacientin rreth hapave të kujdesit që do të kryeni dhe rëndësinë e tyre.
3. Sigurohuni që keni të gjitha mjetet që nevojiten.
4. Siguroni privatësi për pacientin.
5. Kryeni higjenën e duarve tuaja.
6. Inspektoni gjendjen e lëkurës (për gërvishtje, flluska, papula, luspa) dhe gjëndjen e thonjve. Kontrolloni temperaturën e zonës, nxehtësia dhe skuqja e lëkurës mund të tregojë infeksion.
7. **Kujdesi për lëkurën** ka për qëllim të zvogëlojë rrezikun e infektimit dhe të sigurojë një lëkurë të shëndetshme.
  - a) Lani me ujë dhe sapun me pH neutral zonën e prekur nga lymphedema, shpërlajeni me ujë të bollshëm.
  - b) Përdorni peshqirin të butë për të thithur ujin. Mos ushtroni forcë fërkimi!
  - c) Sigurohuni që palat e lëkurës edhe zonat midis gishtave gjithashtu të mos kenë lagështi.

## Përdorimi i kremi hidratues

- a) Kremi duhet të përhapet me kujdes në gjithë lëkurën me një masazh të lehtë, me qëllim që lëkura t'a përthithë atë.
  - b) Kremrat me përmbajtje vajore dhe aromë nuk duhet të përdoren sepse shkaktojnë irritim të lëkurës.
8. **Masazhimi** limfatik mund të zvogëlojë enjtjen dhe të përmirësojë qarkullimin në të gjithë sistemin limfatik.
- a) Masazhi duhet bërë të paktën një herë në ditë për gati 10 – 15 minuta
  - b) Mos masazhoni zonat e infektuara!
  - c) Lëvizjet e duarve gjatë masazhimit duhet të jenë të ngadalta dhe ritmike.
  - d) Poziciononi pacientin në një pozicion të rehatshëm, relaksues. Pozicioni më i mirë për pacientin është ulur dhe mbështetur ose shtrirë. Pozicioni varet nga gjendja e pacientit.

## Masazhimi i gishtave, dorës dhe krahut

- Punohet fillimisht me gishtin digital (tregues) dhe gishtin e madh.

- Kapet gishti i dorës edematoze nga maja dhe me lëvizje të drejta ose në mënyrë cirkulatore shtrihet butësisht lëkura drejt dorës.
- Kjo procedurë ndiqet për të gjitha gishtat e prekur nga lymphedema.
- Masazhoni kurrizin dhe pëllëmbën e dorës ashtu siç tregohet në figurë.
- Shtrini butësisht lëkurën, drejt parakrahut dhe lëshojeni.
- Masazhoni butësisht të gjithë krahun drejt shpatullës dhe anasjelltas.
- Filloni me rrëshkitjen e dorës nga bërryli drejt shpatullës dhe nga kyçi drejt bërrylit.
- Mundohuni të shtrini butësisht lëkurën, dhe lirojeni.

E njëjta procedurë ndiqet edhe në rastet e një lymphedeme në ekstremitetet e poshtme.

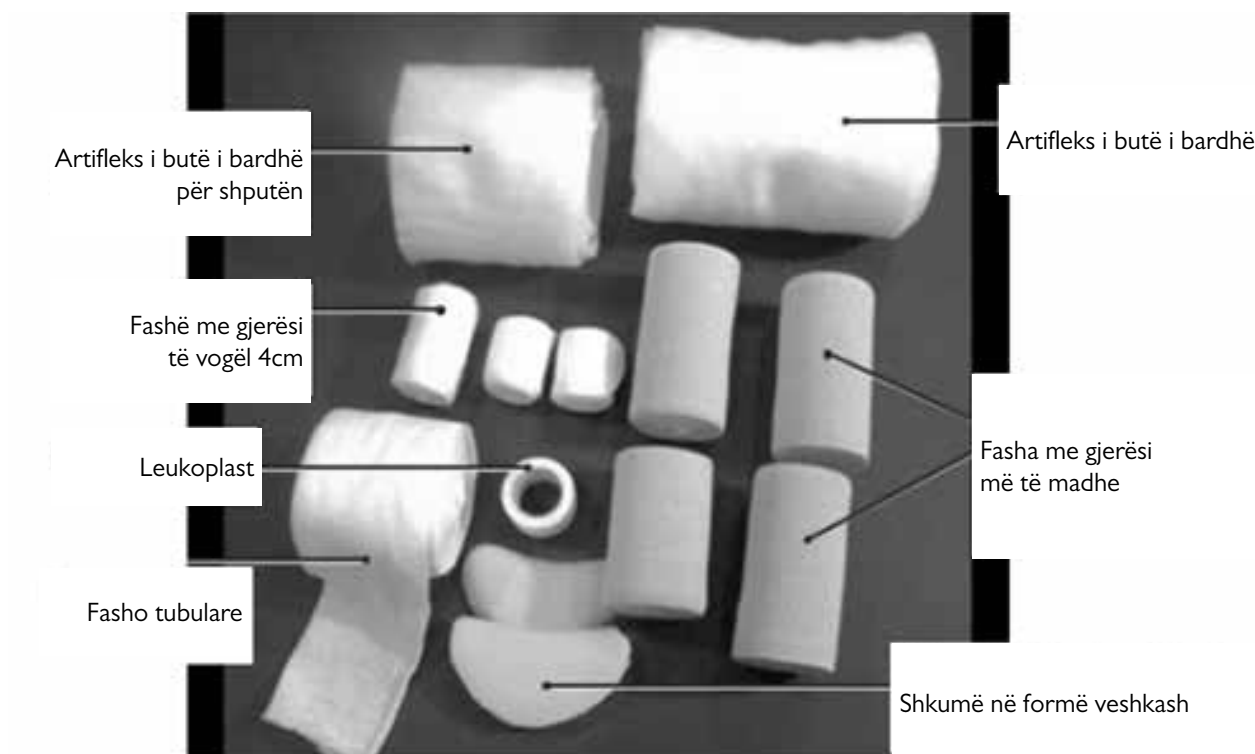




## 9. Bandazhimi (fashimi)

Mos bandazhoni zonën edematoze nëse vëreni shenja të një inflamacioni ose gërvishtje dhe plagë të lëkurës!

Bandazhimi nuk duhet të jetë shumë i lirë apo shumë i shtërnguar.



### Bandazhimi (Fashimi) i gishtave

- Fillimisht vendosni fashon tubulare dhe shënoni pozicionin e gishtit të madh. Kjo është një barrierë mbrojtëse për lëkurën kundrejt fashove të vatinës që do të përdoren më pas.
- Përdorni fashon me gjerësi të vogël 4 cm për gishtat. Kalojeni 2 herë tek kyçi i dorës, kjo sjell qëndrueshmëri të fashimit. Fashoni gishtin e madh nga baza e tij deri në majë,

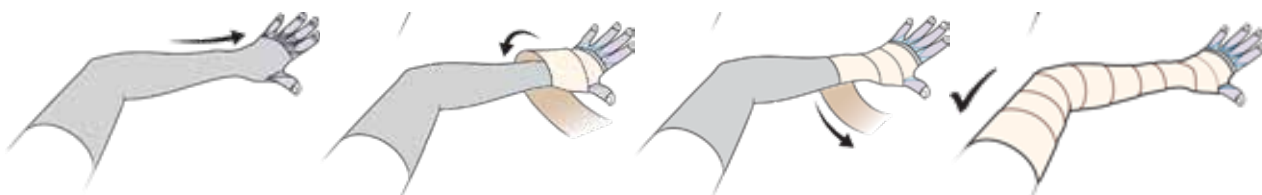
më pas kaloni një lak tjetër përreth kyçit. Përsëriteni këtë veprim për secilin gisht.

- Kur të keni mbaruar fashimin e gishtave, kontrolloni rrjedhën e gjakut duke bërë testin e rikthimit të gjakut kapilar.
- Nëse fashoja mbaron, fiksojeni atë me anë të ngjitësit. Mos krijoni asnjëherë nyje!
- Ulni fashon tubulare.



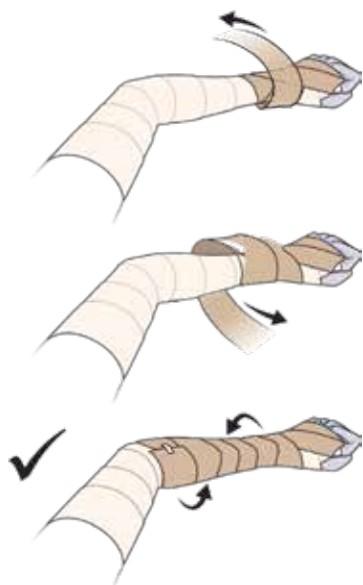
## Bandazhimi i krahut

Përdoni artifleksin që mund të jetë material vatine ose pambuku. Fashoni duke u nisur nga pëllëmba dhe ngjituni lart drejt krahut.



Në përfundim të këtij hapi, bandazhoni dhe një herë krahun, duke përdorur një fashë elastike.

Mundohuni të zbusni rrudhat që mund të krijohen gjatë bandazhimit sa më shumë që të mundeni.



Mbivendosni mbushjen ku gjysma e gjerësisë të bjerë mbi gjysmën tjetër, duke siguruar mbajtje të barabartë të presionit.

**2. Doreza.** Për disa njerëz, veshja e një mënge kompresive sjell më shumë edemë në dorë, kjo situatë mund të zvogëlohet duke kombinuar mëngën me një dorezë.

**3. Sutjenat dhe jelekët mbështetës.** Sutjenat dhe jelekët mbështetës janë në dispozicion për ata që kanë limfedemë në gjoks dhe gji. Lymphedema ka ardhur si rezultat i një ndërhyrje kirurgjikale për kancer të gjirit ose arsye të tjera.



## Kompresorët prej iletiku

**1. Mëngët kompresive** zakonisht shtrihen nga kyçet në krahët e sipërm dhe vijnë në një numër stilesh dhe materialesh të ndryshme. Mëngët e prodhuara në Evropë përdorin një sistem klasifikimi:

- Mëngët e klasës 1 ushtrojnë presion mbi gjymtyrë 18-21 mmHg.
- Mëngët e klasës 2 ushtrojnë presion 23-32 mmHg.
- Mëngët e klasës 3 ushtrojnë presion 34-46 mmHg.
- Mëngët e klasës 4 shkojnë edhe pak më lart.



## 4. Pompa e kompresimit pneumatik

Pompat e kompresimit pneumatik janë pajisje elektrike që ndihmojnë në lëvizjen e lëngjeve me anë të komprimimit. Pompa aplikon

presion të lehtë duke filluar në pikën më të largët të trupit dhe shtrëngohet butësisht drejt qendrës së trupit. Kjo mund të zbatohet

në çdo zonë, përdorimi i saj 1-2 herë në ditë mund të ndihmojë në manaxhimin afatgjatë të limfedemës.



Pompa elektrike

1. Butoni i vogël- çelësi i ndezjes dhe fikjes,
2. Rrota e madhe e gradimit

Konektorë lidhës të aparatit dhe manshetës



### **Pompa e kompresionit pneumatik kundërrindikohet kur:**

- edema ka shkaqe kardiake
- ka pamjaftueshmëri serioze arteriale
- ka një flebit aktiv
- ka trombozë të venave të thella
- ka infeksion të lokalizuar të plagës
- ka prani të celulitit
- ka prezencë malinjiteti lokal

### **Procedura e aplikimit të kompresorit:**

1. Shpjegojini pacientit procedurën e përdorimit të kompresorit pneumatik dhe përfitimet e saj.
2. Poziciononi pacientin. Përdorni një jastëk ose stol për të siguruar qëndrueshmëri dhe mbështetje për ekstremitetin e prekur nga lymphedema.
3. Kontrolloni pajisjen, mbyll të gjitha tapat e ajrit në manshetë. Siguroni burimin e energjisë elektrike.

4. Hiqni rrobat e pacientit dhe bizhutë. Nëse ato janë prezente, prishin lëkurën dhe ndikojnë në ndryshimin e presionit të ushtruar.
5. Kryeni higijenën e zonës dhe masazhoni zonën e prekur nga limfedema ashtu siç u përshkrua më lart.
6. Vendosni në ekstremitetin që do të vendoset mansheta një bende tubulare si barrierë mbrojtëse dhe për të ruajtur pastër manshetën.
7. Vendosni manshetën në gjymtyrën e pacientit, grado presionin që rekomandohet nga mjeku.
8. Këshillohet që aparatura të mbahet për 15- 20 minuta. Koha fillon të matet që në momentin kur mansheta të jetë fryrë plotësisht.
9. Fikni aparatit. Hapni tapat e ajrit të manshetës për të zbutur presionin dhe për ta bërë më të lehtë heqjen e manshetës.
10. Pasi keni mbaruar masazhimin me kompresor, pastroni pjesën e brendshme të manshetës me një leckë të lagur ose fshijeni me detergjent të tipit Clorox.

## KUJDESI PËR PLAGËT MALINJE

Plagët malinje janë rezultat i infiltrimit të qelizave kancerogjene në lëkurë, enët limfatike dhe ato të gjakut duke shkaktuar humbjen e këtyre enëve dhe vdekjen e indeve. Këto leziona, mund të jenë rezultat i një kanceri primar, ose metastazë në lëkurë nga një tumor lokal ose nga një tumor në një vend të largët.

Plagë malinje quhen:

- Kancer i lëkurës
- Tumori që rritet brenda dhe përmes lëkurës
- Tumori që përhapet në gjak dhe gjëndrat limfatike (metastazat)
- Qeliza kanceroze që mbeten në lëkurë pas kirurgjisë për heqjen e një kanceri apo tumori
- Infiltrimet kutane
- Konversioni (kur një plagë e vjetër mbi 20 vjeçare, shndërrohet në kanceroze)

### Qëllimi i kujdesit për plagët malinje konsiston në:

Përmirësimin e cilësisë së jetës së pacientëve me plagë malinje nëpërmjet;

- eliminimit të dhimbjeve, gjakrrjedhjes, eksudatit, erës së keqe, kruarjeve, infeksionit, heqjes së nekrozave të cilat ndikojnë në humbjen e dinjitetit të pacientit dhe izolimit të tij, probleme të cilat vijnë si pasojë e këtyre simptomave.

### Mënyrat e trajtimit të plagëve malinje janë:

- **Kirurgjia**, e cila kryhet për të reduktuar masën e tumorit, por shpesh ajo mund të

mos jetë opsioni i duhur kur pacienti ka risk për hemorragji të pakontrolluar, për infeksion etj.

- **Kemoterapia**, aplikohet për të zvogëluar tumorin dhe/ose për të zvogëluar sasinë e rrjedhjeve, hemorragjise ose të dhimbjeve.
- **Rrezatimi**, aplikohet gjithashtu për zvogëlimin e masës tumorale dhe/ose për të zvogëluar sasinë e rrjedhjeve, hemorragjisë ose të dhimbjeve. Rrezatimi mund të dëmtojë lëkurën e shëndetshme rreth plagës malinje, prandaj kërkon një kujdes të veçantë, të ofruar nga profesionistë të trajnuar.
- **Terapia hormonale, përdoret** në rastet kur nuk mund të bëhet heqja e tumorit i cili shkakton plagën. Në këtë rast fokusi është tek minimizimi i dhimbjes, erës së keqe, rrjedhjeve dhe simptomave të tjera që vijnë prej plagës.

### Pajisjet e nevojshme për mjekimin e plagës malinje:

- Doreza jo-sterile
- Shkumbë alginate hidropolimere me vetëngjitje
- Solucion fiziologjik 0.9%
- Xhel ose tableta metronidazol (Flagyl)
- Fasho absorbuese për shtresën e dytë me konture vetë-ngjitëse
- Adrenalinë, në rast hemorragjie



### Procedura për ndërrimin e një plage malinje

- Lani duart dhe vishni doreza jo-sterile
- Hidhni mbi bandazhin egzistues solucion fiziologjik 0.9% për të njomur alginatin që

A. Vini re cepin e veshjes së plagës që është ngritur dhe rrjedhjet prej fundit të saj

të lehtësoni heqjen e tij pa dhimbje dhe gjakrrjedhje si dhe për të pastruar plagën.

- Aplikoni xhel metronidazol (Flagyl) për kontrollin e erës së keqe.

B. Veshja plagës është njomur me tretësirë fiziologjike 0.9% të ngrohtë për të hequr alginatin dhe për të pastruar plagën alginatin dhe për të pastruar plagën



Aplikohet xhel metronizadol për kontrollin e erës së keqe.



Vendoset mbi plagë shkumba hidropolimere me vetëngjitje.

Shtresa e dytë e fashimit është më e hollë, por përsëri shumë absorbente.

Shtresa e dytë ka kontrure vetëngjitëse për të parandaluar rrjedhjet.

- Aplikoni shkumbën hidropolimere me vetëngjitje
- Bandazhi i jashtëm është më i hollë dhe më i rehatshëm për pacientin por gjithsesi shumë absorbent dhe me konture me ngjitje për të parandaluar rrjedhjet nga plaga.



- Pyesi pacientin nëse është rehatuar.
- Fusni të gjitha fashat e ndërruara në një qese plastike të cilën pas mbylljes e hidhni në vendin e caktuar mundësisht jashtë ndërtesës.
- Hiqni dorezat dhe lani duart.

### Procedura për lehtësimin e dhimbjes së plagës malinje

Dhimbja e plagës malinje shkaktohet nga:

- Shtypja/dëmtimi që tumori u bën mbaresave nervore ose indeve
- Mbaresat nervore të ekspozuara
- Infeksioni
- Enjtja
- Dhimbja gjatë ndërrimit të plagës

Dhimbja mund të jetë **akute** si pasojë e rritjes/përhapjes së tumorit ose **kronike** si pasojë e dëmtimit tashmë të pakthyeshëm.

Mos harroni që dhimbja bëhet më e fortë kur keni praninë e erës së keqe, e ndjenjës së zemërimit, frikës, mërziës, ankthit, humbjes së shpresës, depresionit dhe pagjumësisë. Dhimbja e pakontrolluar e privon pacientin nga aktiviteti, të fjeturit, të ngrënët dhe ai ndjehet i rënë moralisht.

### Mënyrat e menaxhimit të dhimbjes së plagës malinje:

- Me medikamente
- Me garza të medikamentuara që nuk ngjiten mbi plagë
- Agjentë lokalë anestezikë
- Opioidë
- Opioidë lokalë
- Anti inflamatorë josteroidë



### **Këshilloni pacientin që:**

- T'a mbrojë plagën nga çdo dëmtim i mundshëm.
- Të përdorë pastrues të lëngshëm në vend tëatyre të ngurtë të cilët mund të ushtrjnë presion mbi plagë.
- Të marrë të gjitha medikamentet sipas porosisë së mjekut pa anashkaluar asnjë dozë.
- Të marrë të gjithë antibiotikët sipas porosisë së mjekut madje edhe kur mendon se ndihet më mirë apo se infeksioni ka kaluar.

### **Era e keqe e plagës malinje**

Era e keqe vjen prej shpërbërjes së proteinave në indet e vdekura, bakterieve (aerobe dhe anaerobe) dhe rrjedhjeve nga plaga. Edukoni pacientin t'ju lajmërojë menjëherë nëse ndien ere të keqe nga plaga malinje.

### **Procedura për eliminimin e erës së keqe të plagës malinje**

- Kërkohet ndihma e një specialisti për të bërë heqjen e indeve të vdekura/nekrozave nga plaga.
- Provoni garzat me karbon aktiv në kombinim me xhelin metronidazol të cilat vihen gjithmonë si shtresë e dytë pasi lagështia u humbet efektivitetin.
- Pasta me sheqer dhe mjalte krijon një mjedis hiperosmotik që nuk lejon rritjen e baktereve.
- Kosi natyral gjithashtu ndalon rritjen e baktereve dhe inkurajon shërimin e plagës duke ulur pH. Kosi aplikohet mbi plagë dhe lihet të veprojë për 10 minuta. Më pas shpëlahet mirë para se të lidhet plaga.
- Fashat okluzive bëjnë thithjen e eksudatit dhe nuk përhapin erën e keqe.
- Fashat ndërrohen çdo ditë për eliminim maksimal të erës së keqe.

### **Deodorimi i dhomës së pacientit**

- Këshilloni familjarët të vendosin rërë të posaçme për folenë e maceve ose karbon(qymyr) aktiv nën shtrat apo vendet ku pacienti rri ulur ose shtrirë.
- Këshillojini të përdorin qirinjtë aromatike,aromatizues ambienti, vajra esenciale dhe të mbajnë mentol në hundë, por të mos harrojnë se të gjitha këto janë efektive vetëm në raste kur era e keqe është nën kontroll, në të kundërt krijojnë kombinime shumë më të pakëndëshme të aromave.
- Këshillojini familjarët të eliminojnë jashtë shtëpisë fashot e përdorura.

### **Drenazhimi i plagëve malinje**

Nga plaga malinje rrjedh një lëng viskoz me erë të keqe (rreth një litër në ditë) dhe kur plaga është edhe e infektuar kërkohet trajtim i menjëhershëm. Rrjedhjet nga plaga malinje irritojnë lëkurën e shëndetshme rreth plagës, ndotin rrobat dhe shtrojet e shtratit. Pacienti ndjehet shumë keq, për shkak të njollave dhe erës së keqe dhe ka tendencë për vetëizolim.

### **Procedura e drenazhimit të plagës malinje**

- Përdorni bandazhe super absorbente
- Ndërroni fashot shumë shpesh
- Përdorni bandazhe antiseptike dhe antimikrobiale
- Vendosni mbi plage bandazhe të posaçme në formë qeseje për të mbledhur drenazhin

## **Llojet e bandazheve për plage malinje me rrjedhje**

<b>Plagë me rrjedhje të pakët</b>	<b>Plagë me rrjedhje të pakët</b>	<b>Plagë me rrjedhje të pakët</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Garza hidrokoloide</li><li>• Filma gjysëm të përshkueshëm</li><li>• Garza absorbent me ngjitje të ulët</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Alginate/hidrofibra</li><li>• Fasho në formë shkumbe</li><li>• Fasha kontakti me ngjitje të ulët me shtresë të dytë absorbent.</li><li>• Pajisje për kujdesin ndaj stomave</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Garza hidrokoloide që bëjnë kornizimin e plagës</li><li>• Filma dhe kremra barrier</li><li>• Mbivendosje adekuate e fashimeve</li></ul>

## **Menaxhimi i gjakrrjedhjes nga plaga malinje**

Një sasi e vogël gjaku që rrjedh nga plaga malinje nuk është diçka e jashtëzakonshme. Infermieri përdor fashime dhe medikamente për kontrollin/minimizimin e gjakrrjedhjes. Edukoni pacientin t'ju lajmërojë menjëherë nëse ka gjakrrjedhje të madhe të papritur nga plaga.



## **Procedura për eliminimin e gjakrrjedhjes nga plaga malinje**

### **1. Gjakrrjedhje e lehtë ose gjak që “buron” nga plaga**

- Fasha alginate të njomura me solucion steril 0.9% të sodium kloridit vendosen direkt mbi plagë, me qëllim që të parandalohet ngjitja e alginatit të thatë mbi plagën malinje e cila shkakton dhimbje dhe gjakrrjedhje gjatë heqjes.

### **2. Gjakrrjedhje e madhe prej plagës malinje**

- Aplikohet mbi plagë një sfungjer hemostatik kirurgjikal

- Injektohet solucion adrenaline (1 në 1000) në vendin e plagës (kujdes pasi shkakton nekroze iskemike për arsye të vasokonstiksionit).
- Aplikim oral ose lokal i solucionit të acidit traneksamik (për injeksion).
- Bëhet kauterizimi i enës së gjakut që rrjedh, megjithëse kjo në ditët e sotme është zëvendësuar me përdorimin e bandazheve speciale për gjakrrjedhjet
- Përdoret kremi sukralfat.

## **Ndjenja e kruarjes nga plaga malinje**

Plagët malinje dhe lëkura përreth tyre mund të shkaktojnë kruarje të padurueshme. Kjo ndodh nga tërheqja dhe tendosja e lëkurës si pasojë e rritjes së tumorit ose nga grumbullimi i lëngjeve nën lëkurë. Fatkeqësisht në këto raste medikamentet anti-kruarje nuk funksionojnë.

## **Menaxhimi i kruarjes prej plagës malinje.**

- Aplikoni mbi plagë bandazhe hidroxhel të cilat mbahen në frigorifer dhe kanë një efekt freskues mbi lëkurën e irrituar dhe që ka të kuarra. Fashot e shtresës së sipërme është e mira të përmbajnë një film gjysëm të përshekueshëm për të parandaluar dehidratimin e plagës. Në rast të rrjedhjeve vendosni fasho absorbente me konture ngjitëse.
- Mund të përdorni kremra të posaçëm me bazë mentoli në lëkurën përreth plagës 2-3 herë në ditë ose me shpesh sipas nevojës. Këto lloje kremrash kanë efekt freskues për shkak të përmbajtjes së mentolit.



**Respiracioni/Frymëmarrja (ose ventilimi),** është procesi i lëvizjes së ajrit brenda dhe jashtë pulmoneve, për të lehtësuar shkëmbimin e gazit në mjedisin e brendshëm, kryesisht për të sjellë oksigjen dhe për të shpërndarë dioksidin e karbonit.

Shumë pacientë apo të moshuar për arsye të patologjive të ndryshme dhe imobilitetit, kanë probleme me traktin respirator. Në këto raste, frymëshkëmbimi bëhet më i vështirë dhe pacientët kërkojnë asistencë infermierore.

Detyra bazë e infermierëve të familjes, është të edukojnë pacientët por edhe familjarët e tyre, për të parandaluar komplikacionet, të cilat vijnë si pasojë e një frymëshkëmbimi të pamjaftueshëm dhe me probleme.

Pacientët, sidomos ata që janë të imobilizuar, duhet të edukohen për pozicionin dhe ushtrimet e nevojshme që duhet të bëjnë, për të pasur një frymëshkëmbim të rregullt dhe për të parandaluar problemet e mundshme.

**Këshilla** të cilat lehtësojnë procesin e respiracionit/ frymëshkëmbimit:

- Vendoseni pacientin në një pozicion të përshtatshëm, siç është ngritja e kokës së shtratit të tij, me qëllim marrjen e një pozicioni gjysëm ndenjur për të përmirësuar ekspansionin e pulmonit.
- Ambjenti i qetë dhe ajri i freskët në dhomë, mund të reduktojë perceptimin e vështirësisë në frymëmarrje.

- Ventilatorët, dritaret e hapura dhe kondicionerët, ndihmojnë në çarkullimin e ajrit.
- Edukimi i pacientëve për reduktimin e ankthit.
- Këshillimi dhe psikoterapia.
- Oksigjenoterapia, kur është e nevojshme.
- Teknika të tjera, të cilat indikohen duke u bazuar në shkakun e problemeve të frymëmarrjes.

Veç këtyre teknikave, pacientët kanë nevojë për një sërë ushtrimesh të cilat ndihmojnë respiracionin.

**Qëllimi i aplikimit të këtyre ushtrimeve është:**

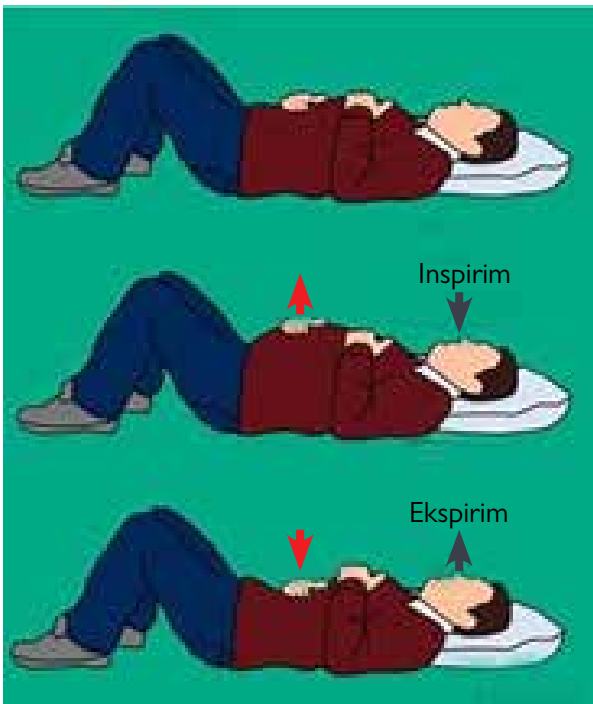
1. Rritja e kapacitetit të mushkërive.
2. Lehtësimi i funksionit të frymëmarrjes duke rritur zgjerimin e mushkërive dhe parandaluar kolapsin alveolar.
3. Inkurajimi dhe nxjerrja e mukosit dhe sekrecioneve që grumbullohen në rrugët e frymëmarrjes, si pasojë e imobilitetit të pacientit apo edhe pas aplikimit të anesteziës së përgjithshme pas ndërhyrjeve kirurgjikale.
4. Përmirësimi i cilësisë së jetës së pacientëve duke lehtësuar vuajtjet e tyre.

**Fillimisht vlerësohet pacienti për:**

- Faktorët e riskut që ndikojnë në zhvillimin e komplikimeve të frymëmarrjes (p.sh., imobilitetin, anesteziën e përgjithshme, historinë e sëmundjes pulmonare ose pirjen e duhanit, traumat e murit të kraharorit, pneumoni ose infeksione të tjera të frymëmarrjes (brenda një kohe të shkurtër).

- Cilësinë, shpejtësinë dhe thellësinë e frymëmarrjes.
- Zhurmat e frymëmarrjes.
- Aftësitë fizike të pacientit për të bashkëpunuar dhe kryer ushtrime pulmonare.
- Nivelin e vetëdijes.
- Pengesat në komunikim.
- Aftësinë për të marrë dhe qëndruar në pozicionin Fowler.
- Nivelin e dhimbjes dhe mjekimin/trajtimi sipas porosisë së mjekut.

Inspektoni për ndonjë incizion në kafazin e krahavorit dhe vlerësoni nëse ky incizion ndikon apo jo në zgjerimin e krahavorit.



#### Procedura:

1. Pasi është vlerësuar pacienti dhe është bërë me dije për komplikacionet që mund të ndodhin nga një respiracion/ frymëshkëmbim i dobësuar, fillojmë me instruksionin rreth ushtrimeve të nevojshme, të cilat ndihmojnë në lehtësimin e këtij procesi dhe parandalimin e komplikacioneve.
2. Ndihmojmë pacientin për t'a vendosur në pozicionin ulur ose Fowler  
**Shpjegim:** Pozicioni vertikal lejon rritjen e ekskursionit diafragmatik sekondar dhe pozicionimin e organeve të kavitetit abdominal.

3. Mësoni dhe ndihmoni pacientin të vendosë duart me pëllëmbën poshtë, me gishtat e mesëm që prekin kufirin e poshtëm të kafazit të krahavorit

**Arsyetimi:** Ky pozicion e lejon atë të ndjejë lëvizjen e diafragmës, duke treguar një frymëmarrje të thellë

4. Kërkojini pacientit të marrë frymë ngadalë përmes hundës. Mbajeni frymën për 2 ose 3 sekonda

**Arsyetimi:** Thithja përmes hundës lejon që ajri të filtrohet, ngrohet dhe lagështohet. Mbajtja e frymëmarrjes lejon mushkëritë të zgjerohen plotësisht.

5. Mësoni pacientin të nxjerrë frymë ngadalë përmes gojës. Përsëriteni tre deri në pesë herë.

**Arsyetimi:** Nxjerrja e ngadaltë e ajrit, shpesh stimulon refleksin e kollitjes, i cili lehtëson nxjerrjen e mukosit dhe parandalon hiperventilimin.

6. Instruktoni, përforconi dhe vëzhgoni ushtrimet e frymëmarrjes së thellë çdo deri në tre orë.

**Frymëmarrja e thellë** është e thjeshtë dhe efektive. Njerëzit mund t'a bëjnë atë kudo, ulur, në këmbë ose shtrirë.

#### Procedura

Këshillohet pacienti të:

- relaksojë barkun.
- vendosë njëren dorë nën brinjë.
- marrë frymë ngadalë dhe thellë përmes hundës, duke vërejtur ngritjen e dorës.
- nxjerrë frymë përmes gojës duke vërejtur rënien e dorës.
- alternojë disa herë frymëmarrjen e thellë me atë normale.

**Arsyetimi:** Kryerja e këtyre ushtrimeve, do të lehtësojë ventilimin pulmonar dhe do të promovojë pastrimin e rrugëve të frymëmarrjes pa e lodhur pacientin.

Frymëmarrja e thellë mund të ndihmojë dhe në pastrimin e mukosit nga mushkëritë pas

pneumonisë, duke lejuar që të qarkullojë më shumë ajër. Pasi pacienti merr frymë thellë 5-10 herë, i sugjerohet që të kollitet fort dy herë. Kjo ndihmon në nxjerrjen jashtë të sekrecioneve.

## Frymëmarrja me hundë dhe buzë të mbyllura

### Procedura

Këshillohet pacienti të relaksojë qafën dhe shpatullat duke mbajtur gojën mbyllur dhe marrë frymë ngadalë përmes hundës dy herë.

## Frymëmarrja diafragmatike

### Procedura

Këshillohet pacienti të:

- shtrihet në shpinë me gjunjë pak të përkulur dhe kokën në jastëk.
- vendosë një dorë në pjesën e sipërme të gjoksit dhe njërenë dorë poshtë kafazit të kraharorit duke e lejuar të ndiejë lëvizjen e diafragmës së tij/saj.
- marrë frymë ngadalë nëpërmjet hundës duke vendosur dorën në stomak.
- nxjerrë frymën me buzë të mbyllura dhe shtrënguar muskujt e stomakut.

## Ushtrime për përmirësimin e frymëshkëmbimit nëpërmjet pajisjes së quajtur respirometër.

### Respirometri (Spirometri stimulus)

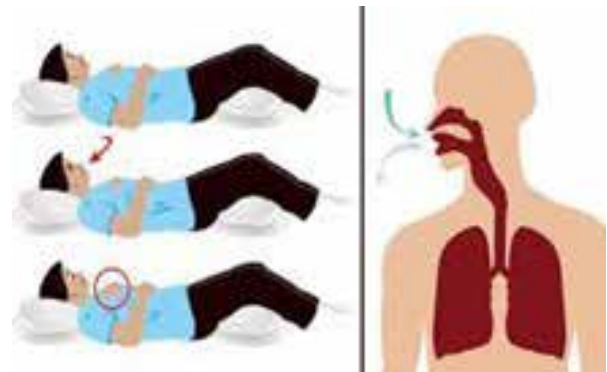
Është një pajisje mjekësore që përdoret për ushtrime të frymëmarrjes. Nëpërmjet kësaj pajisjeje nxitet frymëmarrja e thellë dhe e ngadaltë, duke ndihmuar në rritjen e kapacitetit pulmonar. Ndryshe nga spirometria, ky aparat nuk vlerëson funksionin pulmonar, por është një pajisje e thjeshtë që mund të përdoret në kushte shtëpie, jo nga personel mjekësor.

### Rekomandohet tek:

- Personat me emfizemë pulmonare, bronkit kronik, bronkoektazi, asthma.
- Pas ndërhyrjeve kirurgjikale në toraks (tumor pulmonar, bypass kardiak) apo abdomen, për të reduktuar riskun për pneumoni postoperative apo atelaktazë.

### Kundërrindikohet:

- Tek personat me aneurizëm, pneumothorax apo pas kirurgjisë së syrit të kryer kohët e fundit.



Spirometri stimulus është një pajisje e thjeshtë plastike që përmban tubin e ajrit, pjesën e vendosjes në gojë dhe pistonat (që përfaqësohen me ngritjen e topit në varësi të kapacitetit inspirator).

Çdo piston i shprehur me topa me ngjyrë të ndryshme përfaqëson një volum specifik, përkatësisht 600cc/sek, 900cc/sek dhe 1200cc\ sek.





### **Procedura:**

Frekuenca dhe kohëzgjatja e përdorimit të pajisjes, bëhet duke u bazuar tek rekomandimet e mjekut apo fizioterapistit. Kryesisht indikohet të përdoret çdo 1 ose 2 orë gjatë ditës.

- Qëndro ulur në një pozicion të rehatshëm.
- Pajisja mbahet me të dyja duart.

- Vendoset tubi në gojë dhe puthiten buzët.
- Inspiro ngadalë dhe thellë.
- Në varësi të kapacitetit inspirator, do të bëhet ngritja e pistonit
- Pasi është arritur kapaciteti inhalator maksimal, mbaj frymën për të paktën 2 sekonda para ekspirimit.
- Në rast të dhimbjeve të forta apo marrje mendsh ndërprit ushtrimin.
- Ekspiro normalisht, qetësohu për disa sekonda dhe më pas kollitu për të ndihmuar eliminimin e mukusit nga rrugët e frymëmarrjes.
- Përsërit ushtrimin deri në 10 herë.
- Përcakto nivelin e kapacitetit maksimal inspirator që do arrihet.
- Qëllimi është rritja e kapacitetit pulmonar me kalimin e kohës.

### **Mirëmbajtja e pajisjes:**

Pas çdo përdorimi, pastro pjesën në kontakt me gojën me ujë dhe sapun dhe më pas edhe me alkool.

Blloko hyrjen e tubit me pambuk deri në përdorimin e radhës, për të shmangur hyrjen e pluhurit.

## KRYERJA E USHTRIMEVE BAZË NGA PERSONAT ME LËVIZSHMËRI TË KUFIZUAR

Ushtrimet fizike ndikojnë tek jetëgjatësia e njeriut dhe tek përmirësimi i shëndetit fizik dhe mendor edhe në rastin e lëvizshmërisë së kufizuar ose limituar për shkak të dëmtimeve, pamundësisë, sëmundjeve të ndryshme ose mbipeshës.

### Lëvizshmëria e kufizuar

Mund të shkaktohet nga një sërë faktorësh si;

- sëmundje të ndryshme,
- aksidentet,
- çrregullime kongenitale të cilat mund të rezultojnë në çrregullime neuromuskulare ose ortopedike.

Personi ka lëvizshmëri të kufizuar në rastin e:

- Dëmtimit të kordës spinale
- Paralizave (paraplegji dhe tetraplegji)
- Distrofisë muskulare
- Paralizave cerebrale
- Sklerozës multiple
- Diabetit me amputacion të këmbës
- Kancerit me metastaza kockore
- Moshës së thyer dhe brishtësisë së saj

### Qëllimi i të ushtruarit për personat me lëvizshmëri të kufizuar është:

Ushtrimi fizik i pacientit, me metoda të përshtatshme, me qëllim përmirësimin e cilësisë së jetës dhe zgjatjes së saj.

### Llojet e ushtrimeve

**Ushtrimet e sistemit kardiovaskular,** ndihmojnë në rritjen e ritmit të zemrës dhe forcojnë trupin.

**Ushtrime për forcimin e trupit,** shtojnë masën muskulare dhe atë kockore duke përmirësuar balancën dhe parandaluar rrëzimet.

**Ushtrimet e fleksibilitetit,** ndihmojnë në rritjen e numrit të lëvizjeve duke parandaluar dëmtimet, reduktuar dhimbjet dhe mpirjet.

### Fillimi i ushtrimit

Para se të fillohet ushtrimi i përditshëm në kushtet e lëvizshmërisë së kufizuar, individi duhet t'i nënshtrohet vizitës së hollësishme nga mjeku i familjes, fizioterapisti ose profesionistë të tjerë të shëndetit. Mjeku duhet t'u përgjigjet këtyre pyetjeve nga ana e pacientit:

- Sa duhet të ushtrohem në ditë, në javë?
- Cilat lloje të ushtrimeve duhet të kryej?
- Cilat ushtrime dhe aktivitete duhet të mënjanoj?
- A duhet të marr barnat në të njëjtën kohë kur kryej rutinën e ushtrimeve?

### Mos harroni të këshilloni pacientin:

- Filloni me ngadalë dhe gradualisht.
- Bëjeni të ushtruarit pjesë të jetës suaj të përditshme.
- Mos u dorëzoni derisa të ushtruarit të kthehet në zakon.

- Mësohuni me ulje-ngritjet që do të hasni në fillim të procesit.
- Ndalonit të ushtruarit kur ndjeni dhimbje.
- Mos kryeni aktivitete që përkeqësojnë organin e sëmurë ose pjesën e dëmtuar të trupit.
- Bëni nxemjen, zgjatimet dhe qetësimin e trupit, gjithmonë sipas kësaj rradhe.
- Pini shumë ujë.
- Mos u fokusoni tek problemi shëndëtesor ose tek palëvizshmëria juaj.
- Ndrehuni krenar për përpjekjen që po bëni për t'u ushtruar.
- Sa më shumë të ushtroheni nga ana fizike, aq më shumë duhet të jeni krijues.
- Motivoni veten me të gjitha forcat.

### **Si të ushtroheni kur jeni i dëmtuar ose i pamundur për të lëvizur?**

Të rriturit:

- Të paktën 150 minuta në javë me intensitet të moderuar ose 75 minuta në javë aktivitet kardiovaskular me intensitet rigoroz, me çdo grup ushtrimesh që zgjat të paktën 10 minuta
- Dy ose më shumë seanca në javë me ushtrime të moderuara drejt intensitetit të lartë të cilat përfshijnë të gjitha grupet kryesore të muskujve.

### **Ushtrimet për pacientët me dëmtime në pjesën e sipërme të trupit**

Nëse pacienti mund të ecë, atëherë këshillojeni të bëjë shëtitje, vrap të lehtë, të përdorë biçikletën e palestrës për ushtrime kardiovaskulare dhe të kryejë ushtrime me pjesën e poshtme të trupit sipas këshillës së mjekut.



### **Ushtrimet izometrike**

Këto ushtrime kërkojnë të shtysh objekte të palëvizshme ose pjesë të ndryshme të trupit, pa bërë zgjatjen e muskujve dhe pa lëvizur kyçet. Ushtrimet izometrike mund të kryhen nga personat me arthrit dhe dëmtime të tjera, me qëllim që të ruajnë forcën e muskujve.

### **Elektro-stimulimi i muskujve**

Nëse pacienti ka humbje të masës muskulare nga një dëmtim, nga pamundësia ose nga periudha të gjata palëvizshmërie, elektro-stimulimi përdoret për të rritur qarkullimin e gjakut dhe rangun e lëvizjeve tek muskujt.

### **Ushtrimi në karrige ose karrocë me rrota**

Këto lloj ushtrimesh janë ideale për të sëmurët me dëmtime të pjesës së poshtme të trupit, ata me probleme të peshës ose diabetit dhe të moshuarve shumë të brishtë që kanë rrezik të rrëzohen.



- Nëse keni mundësi, zgjidhni një karrige, që e lejon pacientin t'i mbajë gjunjët në kënd 90° kur është ulur në të. Nëse ai/ajo është në karrocë, ulni frenat ose fiksojeni karrocën me mënyra të tjera.
- Ndihmoni pacientin të drejtojë shpinën sa më shumë që të jetë e mundur, duke përdorur muskujt abdominalë.



- Nëse pacienti vuan nga presioni i lartë i gjakut, kontrolloni presionin para se ai/ajo të fillojë ushtrimet dhe këshilloheni atë të mos kryejë ushtrime me pesha.
- Testoni sheqerin në gjak para dhe pas ushtrimit nëse pacienti merr mjekime për diabetin, të cilat mund të shkaktojnë hipoglicemi.
- Lidhni një fasho llastiku me rezistencë mesatare nën karrige (ose në krevat, divan,) për kryerjen e ushtrimeve të rezistencës, duke tërhequr fashën e llastikut 1 sekondë



lart e 1 sekondë poshtë. Provoni ushtrime të ngjashme me nga 20-30 përsëritje për secilin. Rrisni gradualisht numrin e ushtrimeve, përsëritjeve dhe kohës së ushtrimit deri sa trupi të fillojë të forcohet.

- Grushtimi në ajër (boks) me pesha ose pa pesha është një ushtrim i lehtë kardiovaskular nga pozicioni ulur.
- Në palestra të ndryshme mund të gjeni pajisje që imitojnë vozitjen ose pedalimin me duar.



### Ushtrime për forcimin e trupit në karrocë me rrota

Rekomandoni ushtrime si: shtytje prapa e shpatullave, forcim të bicepsave dhe zgjatje të tricepsave duke përdorur pesha më të rënda dhe

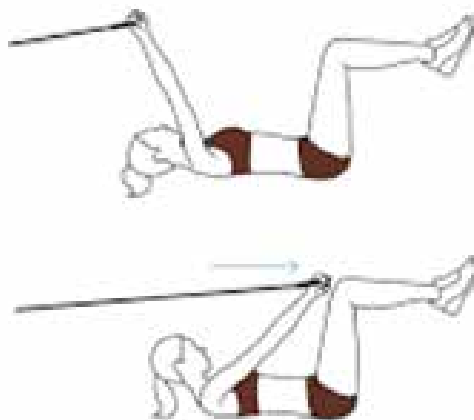
fasha elastike më të forta sesa për ushtrimet e sistemit kardiovaskular. Synoni 2-3 sete me nga 8-10 përsëritje për çdo ushtrim, duke shtuar peshat dhe kohën e ushtrimit ndërsa forca e pacientit rritet.



Fashat elastike të rezistencës mund të lidhen tek një mobilje, tek doreza e derës ose në ndonjë



karrige. Përdorini këto për terheqje, rrotullim të shpatullave dhe zgjatje të këmbëve dhe krahëve.



### **Ushtrimet e fleksibilitetit në karrocë me rrota**

Zgjatja e muskujve gjatë gjithë ditës ndihmon në reduktimin e dhimbjes dhe presionit në muskujt që janë të pranishëm pas qëndrimit ulur për periudha të gjata kohe. Zgjatja e muskujve ndërsa rri shtrirë ose bën joga në karrige, rrit fleksibilitetin dhe përmirëson rangun e lëvizjeve. Joga në karrige është ideale në rastin e dëmtimeve, arthritit, SPOK-ut, osteoporozës dhe sklerozës multiple.

### **Ushtrimet në rastin e mbipeshës dhe diabetit**

- Për pacientët mbipeshë është e vështirë të gjeni pajisjet e përshtatshme edhe nëse ata mund të frekuentojnë palestrën.
- Hapi i parë është të jenë më aktivë në jetën e përditshme. Kopshtaria, ecja deri tek tregu, larja e makinës, fshirja e oborrit, ose të ecurit nëpër shtëpi ndërsa flasin në telefon janë hapat e parë drejt ushtrimit fizik. Edhe aktivitetet më të vogla janë shumë të dobishme kur kombinohen me ushtrime fizike të planifikuara.



### **a) Ushtrimet e sistemit kardiovaskular**

- Aktivitete si të ecurit, vallëzimi dhe ngjitja e shkallëve duke përdorur peshën trupore si rezistencë. Fillohet me disa minuta në ditë dhe koha rritet gradualisht. Bëjeni aktivitetin më të kënaqshëm duke këshilluar ecje me qenin, duke vallëzuar me një shok/shoqe ose duke ngjitur shkallët me muzikën e preferuar.



- Nëse pacienti ndjen dhimbje në këmbët dhe kyçet kur qëndron më këmbë, atëherë ndërprisni aktivitetet me ngritje peshash. Aktivitetet e ujit si noti, ecja në ujë dhe aerobia e ujit, reduktojnë stresin tek këmbët dhe kyçet. Ushtrime të tjera pa pesha të cilat rekomandohen janë ushtrimet në karrige (si më lart).
- Pedalet e lëvizshme janë një pajisje e thjeshtë që mund të përdoret ndërsa pacienti rri ulur në një karrige të rehatshme në shtëpi duke parë TV ose nën tavolinën e punës kur punon.

#### **b) Forcimi i trupit**

- Shumë njerëz mbipeshë ndjehen më rehat kur përdorin topin e palestrës sesa peshat. Gjithashtu mund të kryejnë ushtrime force në karrige.
- Gjatë kryerjes së ushtrimeve të forcës, këshilloni të mbajnë posturën e duhur dhe t'i kryejnë ushtrimet në mënyrë korrekte.

#### **c) Ushtrimet e fleksibilitetit**

Joga dhe “tai chi” janë mënyrat më të mira për të përmirësuar fleksibilitetin dhe posturën si dhe për të reduktuar ankthin dhe stresin.

## KUJDESI PËR KAVITETIN ORAL

### Përkufizimi

Kujdesi për kavitetin oral përfshin të gjitha masat që ndërmerren për të mbajtur dhëmbët dhe kavitetin e brendshëm oral (mukozë, gjuhë) të pastër dhe të shëndetshëm.

### Kujdesi për kavitetin oral bëhet me qëllim:

1. Për të mbajtur mukozën të pastër, të butë, të lagësht dhe të padëmtuar.
2. Për të mbajtur buzët të pastra, të buta, të njoma dhe të padëmtuara.
3. Për të parandaluar infeksionet orale.
4. Për të hequr mbeturinat e ushqimit, po ashtu edhe pllakat dentare, pa dëmtuar mishin e dhëmbëve.
5. Për të lehtësuar dhimbjen, parehatinë dhe për të rritur oreksin.
6. Për të parandaluar erën e keqe nga goja ose për të lehtësuar atë dhe freskuar gojën.

### Pajisjet e nevojshme:

1. Baçinelë
2. Depresori/shtypës i gjuhës: spatul ose spatul me garzë
3. Pajisje me dritë
4. Pajisjet e duhura për pastrim:
  - furçë dhëmbësh
  - pastrues/tampon specifik, për aparat aspirues
  - pastrues tampon i thjeshtë
  - garzë e thjeshtë e pastër, nëse pajisjet e mësipërme nuk janë disponibël
  - pastë dhëmbësh/tretësirë antiseptike
5. Gotë e milimetruar ose jo, nëse nevojitet përgatitja e një tretësire.

6. Peshqir
7. Lubrifikant/glicerinë/vazelinë për buzët
8. Aspirator
9. Doreza jo sterile nëse është e mundur
10. Qese mbeturinash



Baçinelë



Dritë - stilolaps



Depresori i gjuhës me garzë



Pastrues tampon specifik për aparat aspirues

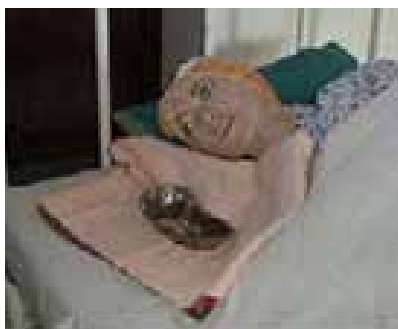


Pastrues tampon i thjeshtë

11. Mblidhni të gjitha mjetet që nevojiten. Organizimi lehtëson punën dhe rrit performancën.
12. Siguroni privatësi për pacientin.
13. Kryeni higjienizimin e duarve dhe vishni doreza nëse është e mundur.

14. Nëse do të përdorni tretësirë me bikarbonat sodiumi, përgatiteni paraprakisht. (Në një gotë hidhni një majë luge kafe bicarbonat sodiumi + 2/3 ujë)
15. Poziciono pacientin në pozicion vertikal/ ulur ose pozicion shtrirë lateralisht.
16. Inspektoni kavitetin e gojës.
17. Kontrolloni të gjithë zgavrën e gojës, dhëmbët, mishrat, mukozën dhe gjuhën, me ndihmën e depresorit/shtypësit të gjuhës dhe ndriçuesit.

18. Mbani shënime nëse gjeni ndonjë anomali p.sh: gjakrrjedhje, enjtje, ulçera, plagë, etj. Mos përdorni gishtat për të hapur gojën e pacientit.
19. Vendosni peshqirin afër mjekrës së pacientit për të parandaluar lagjen apo ndotjen e veshjeve.
20. Afroni baçinelën, pozicioni më i mirë është poshtë mjekrës.



Pozicionimi i pacientit, vendosja e peshqirit, baçinelës

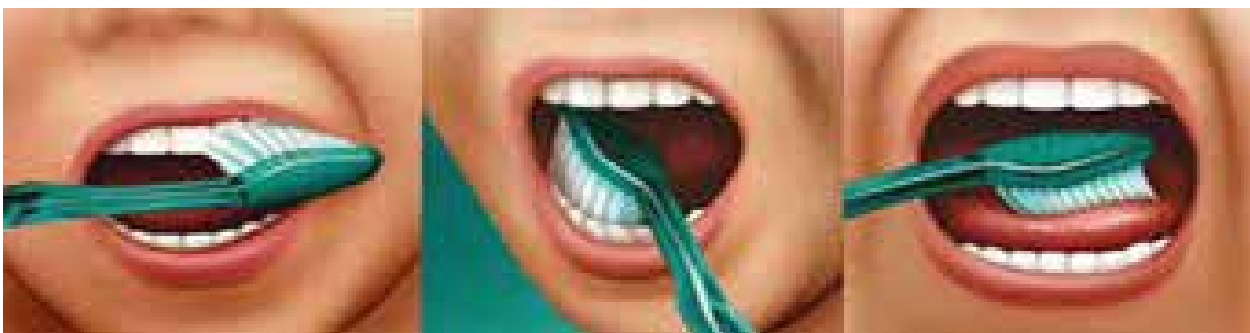
#### 21. Larja e dhëmbëve.

Udhëzime për larjen e dhëmbëve

- zgjidhni furçën e duhur të dhëmbëve, ajo duhet të ketë fije të buta.
- pasta vendoset paraprakisht në një kënd 45 ° kundrejt dhëmbëve.
- pastroni dhëmbët e pacientit nga prerësit tek molarët, duke përdorur lëvizjet lart dhe

poshtë, shoqëruar me lëvizje rrotulluese duke mos e kaluar kurorën e dhëmbëve. Më pas pastroni me furçë pjesën kafshuese/e poshtme të dhëmbëve.

- nëse pacienti nuk mund të tolerojë furçën, ose nuk mund të ketë në dispozicion furçën e dhëmbëve, përdorni tamponët pastrues ose mund të përdoren topa prej pambuku ose garze.



22. Pastroni zgavrën e gojës (pjesën e brendshme të faqeve), nga pika proksimale në distale.
23. Pastrimi i gjuhës
  - i kërkohet pacientit të hapë gojën dhe të nxjerrë gjuhën jashtë.
  - koka duhet të pozicionohet pak para, mjekra të afrohet nga gjoksi.
  - për të ruajtur qëndrueshmërinë e gjuhës përdorni një spatul.
  - për pastrim, përdorni furçën ose një tampon të thjeshtë, zhyteni atë në gotën me ujë ose tretësirën me bicarbonat sodi.
  - gjuha pastrohet nga pika fillestare e brendshme drejt pjesës së jashtme. Në rastet kur gjuha

ka pllakëza të bardha si rezultat i mykut oral, pastrimi me furçë është më efektiv.

- këshilloni pacientin të mos gëlltisë ujë, por të eliminojë sekrecionet e grumbulluara në gojë. Nëse është e nevojshme, pajisjet e aspirimit përdoren për të hequr sekrecionet.
- kërkoni pacientin të shpërlajë me ujë të freskët gojën dhe t'a shkarkojë ujin në baçinelë.
- për pacientë të pandërgjegjshëm, kujdesi oral duhet të kryhet të paktën çdo katër orë. Kujdesi çdo katër orë zvogëlon potencialin për infeksion nga mikroorganizmat.



Improvizim i depresorit të gjuhës (bishti i lugës mbështillet me garzë)



Pastrues tampon special që lidhet me aspiratorin.

15. Fshini pjesën e jashtme të gojës me peshqir.
16. Konfirmoni dhe njëherë gjendjen e dhëmbëve, mishrave të dhëmbëve dhe gjuhën. Vendosni lubrifikant në buzë.
17. Ripoziciono pacientin, për të siguruar komoditet.
18. Shpërlani dhe pastroni furçën e dhëmbëve dhe pajisjet e tjera. Pas pastrimit, vendosini ato tek sendet personale të pacientit.
19. Hidhni mbeturinat dhe sendet njëpërdorimshe (garza/ tampon pambuku) në qese të veçantë.
20. Hiqni dorezat dhe lani duart.
21. Dokumentoni në kartelën infermirore problemet dhe kujdesin e dhënë.

### Kujdesi për protezat e dhëmbëve

Inkurajo personin e sëmurë të përdorë protezat e dhëmbëve. Ato ndihmojnë pacientin në aftësinë për t'u ushqyer, aftësinë për të folur dhe përmirëson paraqitjen.

### Pajisjet

1. Furça e dhëmbëve
2. Një gotë me ujë të zjerë

## Procedura

1. Hiqni protezat nëse pacienti nuk mundet t'a bëjë vetë.
2. Zhytini protezat për pak minuta në një gotë të vogël me solucion pastrues për proteza, ose në një tretësirë ujë dhe sodë buke.
3. Lani protezat me furçë dhe pastë. Mbajini në pëllëmbën tuaj me qëllim që të mos rrëshkasin dhe të thyhen.
4. Shpëlajini me ujë të rrjedhshëm dhe ato janë gati për t'u përdorur.
5. Nëse pacienti nuk i vendos dot vetë, poziciononi pacientin në pozicion gjysëm ndenjtur dhe vendosini protezat në gojën e tij.



## BANJA/LARJA E PACIENTIT NË SHTRAT

### Përkufizimi

Banja në shtrat ofrohet për pacientët të cilët janë të imobilizuar dhe e kanë të pamundur të kryejnë higjenën e tyre personale. Për pacientët të cilët janë pjesërisht të aftë, është e rëndësishme t'u ofrohet mundësia të marrin pjesë në kujdesin për higjenën e tyre. Kjo i ndihmon ata të ruajnë pavarësinë, vetëvlerësimin dhe dinjitetin e tyre.

### Banja/larja e pacientit në shtrat ka për qëllim:

1. Të sigurojë higjenën e duhur dhe të nevojshme të pacientëve
2. Të parandalojë përhapjen e baktereve në lëkurë
3. Të stimulojë qarkullimin e gjakut
4. Të relaksojë pacientin dhe të ndihmojë në nxitjen e gjumit.

### Pajisjet dhe materialet që nevojiten për të aplikuar banjën e pacientit:

- Legen i thellë
- Ujë i ngrohtë (sa ta durojë bërryli i dorës.)
- Sapun / Shampo
- Peshqir i butë për fytyrën dhe një tjetër për trupin (për të larë)
- Peshqir për fytyrën dhe një tjetër për trupin (për të fshirë/tharë)
- Shtroje (çarcaf i padepërtueshëm nga lagështia)
- Vegla rroje, nëse nevojiten
- Make-up, nëse kërkohet
- Peceta njëpërdorimshme (mos përdorni letra të lagura) për kujdesin genital; ose një shparsë speciale që mbahet vetëm për këtë qëllim dhe që lahet rregullisht në temperaturë të lartë.

- Furçë dhe krëhër
- Pajisjet për kujdesin e gojës
- Gërshërë ose prerëse dhe furçë thonjsh
- Pudër talk dhe locion trupi
- Çarçafë të pastër
- Rroba të pastra (ndërresa)
- Dy karrige
- Shportë ose qese e madhe plastike për çarçafët dhe pecetat e përdorura ndotur
- Doreza jo sterile

### Përgatitja

1. Shpjegojini pacientit qëllimin dhe procedurën. Nëse ai ose ajo është ndërgjegjshëm dhe i orientuar, pyesni në lidhje me preferencat e higjenës personale dhe aftësinë për të ndihmuar gjatë banjës.
2. Vendosni karriget në kurriz me këmbët e krevatit. Vendosni aty afër shportën e çarçafëve të ndotur.
3. Sigurohuni që personi i sëmurë ka privatësi të plotë: mbyllni dritaret, dyert dhe perdet nëse është e nevojshme.
4. Sigurohuni që ambienti të jetë i ngrohtë gjatë gjithë kohës së banjës.
5. Para larjes, pacienti mund të kërkojë të defekojë dhe urinojë. Ofrojini atij uturakun e shtratit (legenin e shtratit) ose kontenierin urinar.
6. Lani duart tuaja.
7. Vendoseni pacientin në pozicionin më të rehatshëm të mundshëm për të, p.sh. nëse pacienti ka dispne duhet t'a poziciononi ulur dhe ta mbështesni në jastëkë.

8. Ngrini shtratin e pacientit në një lartësi që është e rehatshme dhe e sigurt për të punuar. Sigurohuni që shina anësore në anët e shtratit të jetë e ngritur dhe e mbyllur. Ngrini kokën e shtratit në një lartësi që është e rehatshme për pacientin.



9. Mbushni legenin deri në  $\frac{3}{4}$  me ujë të ngrohtë me temperaturë  $40^{\circ}$ - $44^{\circ}$ C, derisa të durojë dora nxehtësinë.
10. Zhvisheni pacientin, mbulojeni me çarçaf ose batanije. Batanija do ta mbajë personin të ngrohtë dhe do t'i japë privatësi. Gjatë larjes, mbajeni personin të mbuluar me batanije sa më shumë që të jetë e mundur.
11. Nëse pacienti ka një kateter venoz/vigon, sigurohuni që ai të mos priset dhe mos laget. Ju mund ta fashoni me bende ose të vendosni një barrierë qese plastike anti-ujë.

**Larja** - Ashtu si vlerësimi fizik, banja bëhet nga koka tek këmbët

### 1. Larja e fytyrës, qafës dhe veshëve.

- fillimisht vendosni një peshqir (ose shtrojë thithëse) poshtë kokës së pacientit deri tek shpatullat.
- hapni peshqirin e fytyrës në gjoksin e pacientit.
- merrni shparsën e fytyrës, njomeni dhe shtrydhjeni mirë. Përdorni po atë presion që do të përdornit mbi fytyrën tuaj.

### 2. Larja e syve.

- pastroni nga këndi i brendshëm në atë të jashtëm (jo anasjelltas).
- përdorni seksione të ndryshëm të shpalcës për të larë secilin sy.
- kujdes që sytë mos irritohen nga sapuni i përdorur për fytyrën.



Përdorni sapun në këto zona, vetëm atëherë kur pacienti preferon.

Shpërlajeni dhe thani me kujdes. Pastroni aparatet e dëgjimit dhe syzet, vendosjani përsëri pacientit me qëllim lehtësimin e komunikimit gjatë procedurës.

### 3. Larja e ekstremiteteve të sipërme

- vendosni shtrojën thithëse ose peshqirin poshtë krahut.
- merrni shparsën e trupit dhe lani krahun e pacientit duke u nisur nga aksila drejt bërrylit dhe pastaj drejt dorës.
- dora mund të zhytet në një enë të vogël me ujë të ngrohtë. Kjo lehtëson pastrimin dhe prerjen e thonjve.

Lani, shpëlani dhe fshini secilin nga krahët e pacientit, pastaj gjoksin, barkun, dhe në fund këmbët dhe shpatat. Zbuloni secilën nga këto pjesë kur është e nevojshme. Uji i ftohtë i banjës është i pakëndshëm. Kur uji është i ftohtë ose i papastër, ndërrojeni atë për të ruajtur temperaturën dhe pastërtinë e duhur.



#### 4. Larja e gjoksit dhe barkut

- zbuloni zonën ku do të kryhet larja
- vendosni shtrojen thithëse nën shpinën e pacientit
- bëni larjen me shparsën e trupit nga gjoksi drejt barkut
- lani me kujdes dhe thani me peshqir çdo palë të lëkurës që mund të gjendet në trup. Lagështia e tepërt irriton dhe prish lëkurën.

#### 5. Lani zonën gjenitale:

- palosni çarçafin ose batanijen deri në nivelin e belit duke lënë gjoksin dhe krahët të mbuluar.
- përdorni peceta njëpërdorimshe të lagura me ujë e sapun dhe hidhini ato në qesen plastike. Shpëlani dhe fshini pjesët intime. Nëse është e nevojshme, bëni depilimin në zonën pubike dhe gjenitale. Mbuloni pacientin me çarçaf ose batanije. Personi i sëmurë mund të preferojë të lajë vetë këtë zonë nëse ai/ajo është e aftë për këtë.
- largoni ujin e përdorur dhe rimbushni legenin. Kjo parandalon ndonjë infeksion të mundshëm në këtë zonë si dhe parandalimin e përhapjes së tij në zonat afër, të cilat do të lahen më pas.

#### 6. Larja e ekstremiteteve të poshtme:

- vendosni shtrojen thithëse (çarçafin e padepërtueshëm nga uji) nën ekstremitet e poshtme gjatë larjes.
- drejtimi i larjes: nga kyçi i këmbës në gju → nga nyja e gjurit në kofshë.
- lahen shputat dhe ndërkohë që lajmë njëërën këmbë, këmbën tjetër mund ta mbulojmë.
- pas fshirjes mund të përdorni krem zbutës/hidratues.



#### 7. Larja e shpinës dhe vitheve:

- ktheni pacientin në pozicion lateral. Nëse pacienti nuk mbushet dot me frymë, ai duhet të rrijë ulur në shtrat dhe të përkulet përpara ndërsa ju i lani shpinën.
- vendosni shtrojen thithëse
- inspektoni lëkurën e tij për ndryshime të integritetit. Lani, shpëlani dhe fshini shpinën.
- lani, shpëlani dhe fshini të ndenjurat. Për zonën anale dhe perianale duhen përdorur peceta njëpërdorimshe dhe më pas të hidhen në qesen plastike të mbeturinave. Ktheni pacientin dhe lani anën tjetër të të ndenjurat.

#### Rregullimi i shtratit

Ndërsa pacienti është i kthyer në pozicionin anash, zëvendësoni ose shtroni çarçafin e poshtëm në njëërën anë të shtratit. Pastaj ktheni pacientin në të kundërt, për të vazhduar me shtrimin e çarçafit në anën tjetër.

#### Tualeti

1. Visheni pacientin ose ndihmoheni të vishet.
2. Nëse është e nevojshme, prisni thonjtë mbi një pecetë njëpërdorimshe dhe hidhini më pas në qesen plastike.
3. Thonjtë e këmbëve duhet të priten pasi të jenë njomur dhe zbutur. Gjithmonë pritini në vijë të drejtë dhe kurrë mos e fusni gërshërën nëpër cepat e thonjve.
4. Lani duart. Lani dhëmbët e pacientit.
5. Krihni flokët e tij/saj. Ndihmoni pacientin të vendosë make-up nëse ka dëshirë për këtë.
6. Ndihmoni pacientin mashkull të rruhet.

#### Në fund

Pastroni dhe zëvendosni të gjitha pajisjet: lani duart, vendosni mobiljet në vendin e mëparshëm, rihapni dritaret që mund të kenë mbyllur dhe sigurohuni që pacienti është rehatuar.

#### Larja e flokëve në shtratin e pacientit

Është shumë e rëndësishme për moralin, mirëqenien dhe dinjitetin e pacientit që flokët e tij/saj të jenë të pastër dhe tërheqës. Flokët duhen larë rregullisht ose kur ato duken të ndotur dhe të yndyrshëm.



### Qëllimi i kësaj procedure:

1. Të ruajë higjenën personale të pacientit.
2. Të rrisë qarkullimin në skalpin e kokës dhe të nxisë rritjen e flokëve.
3. Për t'a bërë pacientin të ndihet i rifreskuar

### Mjetet që nevojiten:

- karrige ose Stol
- dy enë me ujë të ngrohtë, rreth 44 ° c
- shampo.
- kovë për ujë të ndotur
- shtroje plastike
- këllëf plastik për jastëkun
- dy peshqirë
- tharëse flokësh



### Përgatitja

1. Shpjegoni qëllimin dhe procedurën pacientit.
2. Mbyllni dritaret, siguroni ambjent të ngrohtë dhe privatësi për pacientin.
3. Vendosni karrigen ose stolin pranë krevatit.
4. Kryeni higjenën e duarve
5. Ndhmoni pacientin të lëvizë kokën drejt skajit të shtratit dhe hiqni jastëkun nga koka.
6. Vendosni një shtroje thithëse nga koka e pacientit deri te shpatulla. Kjo do të mbrojtë krevatin nga lagështia.

7. Vendosni një jastëk me këllëf plastik të papërshkrueshëm nga uji, nën shpatulla. Rreth qafës vendosni një peshqir. Gjithashtu vendosni një peshqir nga poshtë mjekrës deri tek gjoksi.
8. Mbuloni karrigen ose stolin me një mbulesë plastike dhe vendosni kovën mbi stol. Shtroja plastike, e shtruar më përpara nën pacientin, duhet të vendoset brenda kovës
9. Sigurohuni që koka e pacientit është më poshtë se shpatullat e tij.

### Larja

1. Krihni fillimisht flokët e pacientit
2. Futni topat e pambukut në veshë
3. Për të mbrojtur sytë e pacientit nga spërklat e ujit, mund të vendosni një peshqir të vogël në ballin e pacientit.
4. Njomni flokët me ujë të ngrohtë.
5. Vendosni sapun ose shampo dhe masazhoheni mirë kokën gjatë larjes së flokëve, duke përdorur mollëzat e duarve.
6. Shpëlani me ujë të bollshëm flokët.
7. Hiqni mbrojtëset prej pambuku të vendosura me parë në vesh.
8. Mbështillni flokët me peshir. Ngrini me kujdes pacientin.
9. Hiqni jastëkun e vendosur poshtë shpatullave dhe vendose atë tek koka e krevatit. Gjithashtu hiqni edhe shtrojen plastike. Ripoziciononi pacientin.

### Tharja e flokëve:

1. Fshini fytyrën dhe qafën nëse është e nevojshme.
2. Thani flokët sa më shpejt që të jetë e mundur.
3. Masazhoni skalpin me vaj nëse nevojitet.
4. Krehni flokët dhe rregulloni flokët sipas preferencës së pacientit.
5. Pastroni pajisjet dhe vendosini ato në vendin e duhur.
6. Kryeni higjenën e duarve.
7. Dokumentoni në kartelë me firmën tuaj, çdo anomali (nëse ka).

## KUJDESI PËR THONJTË E DUARVE DHE TË KËMBËVE

Thonjtë janë qeliza të gjalla të gishtave të duarve dhe të këmbëve, që kanë përmbajtje të lartë të keratinës, një proteinë e fortë kjo që ndodhet gjithashtu në lëkurë dhe në flokë. Thonjtë e duarve rriten më shpejt se ato të këmbëve.

Gjendja shëndetësore dhe zakonet e të sëmurit mund të ndikojnë shumë në gjendjen e thonjve. Thonjtë që thërrmohen, thonjtë e thyer, të trashë, të verdhë, të pangjyrë mund të shkaktohen nga dieta e papërshtatshme, sëmundjet, infeksionet, gjendja febrile, mosha e thyer, etj. Sëmundje të caktuara shkaktojnë fryrjen ose rritjen e thonjve në mish.



Prerja në mënyrë periodike dhe të rregullt e thonjve të duarve dhe të këmbëve është shumë e rëndësishme për mbajtjen e higjenes personale të të sëmurit.

### Qëllimi i kujdesit për thonjtë është:

1. Të mbajë thonjtë e pastër
2. Të mbajë këmbët dhe duart të pastra

3. Të parandalojë gërvishtjet e lëkurës
4. Të mënjanojë infeksionet prej thonjve të papastër

### Pajisjet e nevojshme:

1. Prerëse thonjsh
2. Legen me ujë
3. Tampona pambuku
4. Baçinelë
5. Sfungjer
6. Peshqir mesatar
7. Mbulesë e papërshkueshme nga uji
8. Tas i vogël plastik
9. Sapun



## Procedura për prerjen e thonjve të duarve

- Lani duart tuaja për të parandaluar përhapjen e ndonjë infeksioni të mundshëm.
- Vendosni dorezat
- Grumbulloni me kujdes të gjitha pajisjet që të lehtësoni procedurën.
- Identifikoni pacientin dhe nevojat e tij/saj.
- Afroni pajisjet në anë të shtratit për të kursyer kohën dhe për të rritur efektivitetin e kujdesit.
- Ndhmoni pacientin të rrijë në pozicionin ndenjor për të qenë sa më rehat.
- Shtroni mbulesën mbrojtëse e mbi të peshqirin për të mos lagur shtratit.
- Vendosni legenin me ujë mbi mbulesën mbrojtëse.
- Zhysni thonjtë e pacientit në legen me ujë e sapun për të bërë zbutjen e tyre në mënyrë që prerja të jetë e lehtë dhe e sigurt.
- Fërkojini dhe lajini thonjtë mirë.
- Fshini duart e pacientit me peshqirin e vendosur mbi mbulesën mbrojtëse.
- Prisni thonjtë me prerëse.
- Pas çdo prerjeje fshini thoin e prerë me tampon të lagur pambuku, përdorni një tampon për çdo thua të prerë.
- Jepuni formë thonjve duke rrumbullakosur cepat me limë dhe fshini duart me sfungjer.
- Në rastin e të sëmurëve me diabet dhe hemofili prerja bëhet nga specialisti me teknika dhe pajisje speciale për të shmangur plagosjen aksidentale të indeve të buta.
- Rregulloni pajisjet dhe hidhni mbetjet.
- Higjenizoni duart për të parandaluar infeksionet.

## Kujdesi për thonjtë e këmbëve

Thonjtë e gjatë të këmbëve mund të gërvishin lëkurën e pacientit, duke shkaktuar infeksion nëse janë të papastër ose mund të thyhen nga fërkimi me mbulesat e shtratit. Pajisjet dhe procedura është e njëjtë me atë për thonjtë e duarve.



1. Lani duart për të parandaluar infeksionet e mundshme.
2. Vendosni dorezat.
3. Mblidhni të gjitha pajisjet e nevojshme për rezultate sa më efektive të kujdesit.
4. Identifikoni pacientin dhe nevojat e tij/saj.
5. Shpjegojini pacientit procedurën dhe qëllimin e saj në mënyrë që ai/ajo të bashkëpunojë me ju.
6. Afroni pajisjet afër shtratit që të punoni mirë dhe shpejt.
7. Poziciononi pacientin në mënyrë të tillë që të arrini me lehtësi thonjtë e tij /saj dhe ai/ajo të ndjehet rehat.
8. Vendosni një peshqir nën këmbët e pacientit për të mbledhur thonjtë që do të priten.
9. Ushtroni pak presion në mollëzën e gishtit për të bërë shkëputjen e thoit nga perimetri i tij dhe prerësja të futet lehtësisht nën thonj.



10. Prisni thonjtë drejt, duke pasur parasysh të mos rrumbullakosni cepat pasi ato mund të rriten brenda mishit. Nëse thoi ka tendencë të tillë, vendosni tamponë të vegjël pambuku nën cepat e thonjve që të mos ushtrohet presion dhe thonjtë të futen në mish. Zakonisht bëhet një prerje në mes të gjatësisë së thoit, e cila bën që anët dhe cepat

të largohen dhe të mos bëhet rritja e tyre brenda mishit. Për diabetikët dhe hemofilikët kërkohet urdhër nga mjeku specialist dhe prerja bëhet me teknika dhe pajisje speciale, për të mos shkaktuar plagosjen e indeve të buta. Thonjtë e trashë dhe shumë të fortë ndonjëherë kërkojnë heqje kirurgjikale.

Prerje korrekte



Prerje jo-korrekte



11. Rregulloni pajisjet duke i futur ato në vende të veçanta gati për denzinfektim.  
12. Hidhni mbetjet.

13. Higjenizoni duart për të parandaluar infeksionet.

## KLIZMA DHE PROCEDURA E APLIKIMIT

**Klizma** është një procedurë e cila përdoret për të stimuluar nxjerrjen jashtë të materialeve fekale.

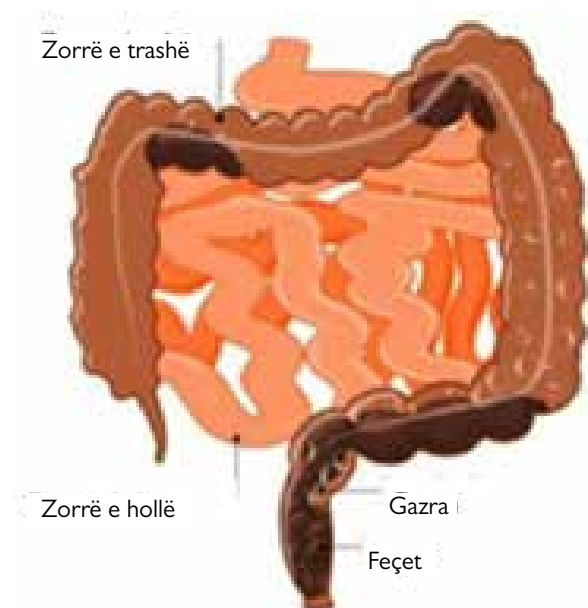
**Qëllimi** i kësaj procedure është të ndihmojë në largimin e mbeturinave fekale nga rektumi kur ky proces është i pamundur të kryhet normalisht nga vetë personi.

Administrimi i klizmës bëhet në rastin e një konstipacioni të zgjatur apo blloku intestinal, por edhe para disa ekzaminimeve radiologjike dhe imazherike (Ro- grafie dhe kolonoskopi), të cilat bëhen për arsye diagnostikimi. Gjithashtu, klizmat aplikohen edhe para lindjeve apo ndërhyrjeve të ndryshme kirurgjikale.

**Konstipacioni** është defekimi me vështirësi, me feçe të forta dhe frekuencë të ulët.

Shkaqet e konstipacionit janë:

- Imobiliteti
- Dehidrimi
- Ulja e aktivitetit fizik
- Obstruksion i pjesshëm ose i plotë intestinal
- Komprimim i kordës spinale
- Sëmundjet si: diabeti, i cili mund të dëmtojë stimulin neurologjik të lëvizjes gastro-intestinale
- Koliti (inflamacioni i zorrës)
- Hiperkalcemia dhe hypokalemia
- Trajtimi me medikamente si: opiate për trajtimin e dhimbjeve
- Përdorimi i antidepressantëve
- Kemiopreparatet



**Konstipacioni mund të shkaktojë:** distension abdominal, lodhje, dhimbje koke, dhimbje shpine, nauze, haluçinacione etj, dhe këto simptoma mund të qetësohen/lehtësohen vetëm nga aplikimi i një klizme pastruese.

**Vlerësimi i konstipacionit bëhet nëpërmjet:**

- Ekzaminimit abdominal (palpacion, perkusion, inspeksion), për të vlerësuar praninë e distensionit.
- Tushesë rektale, ekzaminim, i cili na ndihmon të zbulojmë materiale të forta fekale.
- Rishikimit të mjekimit

Masat rektale mund të largohen duke përdorur suposte glicerine, mikro klizma të gatshme dhe që tregtohen në çdo farmaci, si dhe klizma madhore, e cila duhet të jetë mundësia e fundit për trajtimin e konstipacionit.

Nëse dieta dhe ushtrimet fizike nuk janë të mjaftueshme për të ruajtur rregullsinë e zbrazjes së zorrës, para se të aplikohet klizma, mjeku ose infermieri rekomandon një laksativ. Laksativët (ata zbutës të materialeve fekale dhe stimulues të lëvizjes së zorrës), rekomandohen një natë para administrimit të klizmës për të inkurajuar rrjedhën/lëvizjen e mbeturinave fekale.

**Tipet e klizmave:**

**Klizma pastruese** - me tretësirë bazë uji dhe një përqendrim të vogël zbutës të jashtëqitjes, sodës së bukës, ose uthullës së mollës, përdoret për të stimuluar lëvizjen e zorrëve të mëdha. Klizma pastruese duhet të stimulojë zorrët për të nxjerrë/eliminuar shpejt si tretësirën ashtu edhe çdo materie fekale.

**Klizma mbajtëse** - stimulon gjithashtu lëvizjen e zorrëve, por tretësira që përdoret është menduar të “mbahet” në trup për 15 minuta ose më shumë.

**Mjetet që duhen për të administruar një klizmë:**

- Aparati/ qesja e klizmës
- Lubrifikues për kanjulën
- Ujë i ngrohtë(sa ta durojë bërnyli i dorës)
- Sapun dhe vaj
- Një shtrojë/sipërfaqe në të cilën të vendoset pacienti (e padepërtueshme nga uji)
- Një uturak ose comode (karrike defekimi)
- Pecetë/letra të lagura për të pastruar pacientin pas administrimit të klizmës.



**Procedura**

Pasi kemi vlerësuar situatën dhe kemi konkluduar në një konstipacion të zgjatur apo bllok intestinal dhe pasi janë përdorur metodat e tjera për eliminimin e këtij konstipacioni, vendosim për të administruar klizmën e cila do të na sigurojë zbrazjen rektale dhe qetësimin e pacientit.

**Pozicioni** për të administruar një klizmë, kushtëzohet nga situata, apo problemet e pacientit.

- Pozicioni shtrirë në shpinë me këmbë të flektuara
- Pozicioni lateral me njëren këmbë të shtrirë dhe tjetra e flektuar
- Pozicioni, barkas (përmbys) me gjunjë të mbështetura në dysheme ose shtrat dhe bërnylat e mbështetur po në shtrat ose dysheme (pozicioni i faljes në xhami).







Tretësira e cila do të përdoret për të administruar një klizmë përmban ujë të ngrohtë (jo të nxehtë, por sa ta durojë bërryli i dorës), sapun dhe një lugë gjelle vaj. Sapuni futet në ujin e ngrohtë dhe vërtitet disa sekonda, por ai nuk duhet të krijojë shkumbë në tretësirën që do të futet në rektum sepse kjo shkakton irritim të mukozës së zorrës.

### Procedura e aplikimit të klizmës

1. Në fillim i shpjegojmë pacientin situatën, procedurën që do të ndjekim dhe efektet e klizmës.
2. Zbrazet vezika urinare para se të fillojë administrimi i klizmës. Kjo ndihmon në zvogëlimin e presionit që ndihet në zorrën e trashë.
3. Përgatitim pacientin dhe e ndihmojmë të zhvishet nga mesi e poshtë.
4. Sigurojmë privatësinë e pacientit duke mbuluar pjesët intime.
5. Pozicionojmë pacientin sipas kushteve në pozicionin më të përshtatshëm për të.
6. Shtrojmë një shtrojë (çarçaf të padepërtueshëm nga uji).
7. Veshim dy palë doreza dhe lubrifikojmë gishtin tregues që do të përdorim për ekzaminim rektal apo evakuim manual të fekalomave (materialeve të forta fekale).
8. Pasi kemi bërë heqjen manuale të fekalomave rektale, heqim një palë doreza dhe vazhdojmë procedurën.

9. Mbushim qesen/depozitën e klizmës me tretësirën e dëshiruar, duke përdorur ujë të ngrohtë. Sasia e tretësirës është 1-1.5 litra. Sigurohuni që rubineti/fiksuesi të jetë mbyllur.
10. Mbajmë qesen/aparatit me fundin e tubit poshtë dhe hapim rubinetin/fiksuesin për një moment apo më shumë për të eliminuar çdo fluskë ajri, e cila nuk duhet të futet në zorrën e trashë.
11. Para se të fusim kanjulën në rektum, lubrifikojmë fundin e saj për t'a bërë futjen më të lehtë (futja jo më shumë se 10 cm në rektumin).



12. Vazhdojmë procedurën duke futur kanjulën në meatusin anal dhe mbajmë aparatit mbi nivelin e trupit. Ky nivel nuk duhet të jetë nën 30 cm dhe mbi 45 cm. Kjo për të ndihmuar në krijimin e presionit të duhur të futjes së tretësirës në zorrë.
13. Hapim fiksuesin e kanjulës (rubinetin) dhe me dorën tjetër afrojmë dy gluteuset për të mbajtur të mbyllur sfinkterin anal në mënyrë që të mos lejojmë daljen e tretësirës jashtë.
14. Presim që lëngu të hyjë në rektumin e pacientit, duke i thënë atij/asaj të marrë frymë thellë dhe duke parë qesen/depozitën derisa të boshatiset.





15. Mbas futjes së tretësirës, heqim kanjulën ngadalë nga rektumi dhe i themi pacientit të kontraktohet (shtrëngohet) për të mos lejuar derdhjen e ujit jashtë.
16. Sapo e gjithë tretësira të zbrazet në zorrën e trashë, pritet një lëvizje e zorrëve brenda orës.
17. Pacienti ndoshta do të ndiejë nevojën për të përdorur tualetin menjëherë. Në këtë rast nëse mundet, ndihmoni atë të ngrihet me kujdes për në tualet.
18. Pas jashtëqitjes së parë, kontrollojmë sasinë e saj dhe përmbajtjen. Nëse pacienti ka eliminuar vetëm tretësirën (ujin me sapun dhe vaj), përsëritim tushenë rektale (ekzaminimin manual të rektumit), për të ndihmuar nxjerrjen e fekalomave të cilat mund të kenë zbritur nga pjesët e sipërme të zorrës.
19. Administrimi i suksesshëm, përfundon me zbrazjen e materialeve nga rektumi.

20. Pas mbarimit të procedurës, heqim materialet fekale dhe çdo pjesë të kontaminuar gjatë aplikimit të klizmës dhe më pas pastrojmë pjesët intime të pacientit. Materialet fekale hidhen në tualet dhe materialet e tjera të kontaminuara futen në një qese të veçantë për të siguruar hedhjen e tyre në vendin e duhur dhe mosndotjen e ambientit.

### **Kujdes!**

Këshilloni pacientin dhe familjarët që pas një klizme mund të ndodhë një diarre e cila quhet diarre post konstipacionit dhe nuk duhet të shqetësohen.

Pas mbarimit të procedurës, rehatimit të pacientit dhe heqjes së materialeve, bëhet pastrimi i aparatit të klizmës dhe dezinfektimi i tij.

Aparati së bashku me tubin dhe kanjulën, shpëlahen me ujë të bollshëm dhe të nxehtë, më pas vendosen në një legen me ujë dhe klor duke i lënë atje për disa orë. Kur e nxjerrim nga tretësira, e shpëllajmë me ujë të bollshëm, e fshijmë dhe e lemë në gatishmëri për procedurën e rradhës.

## DEZINFEKTIMI, PASTRIMI DHE STERILIZIMI I INSTRUMENTAVE

Instrumentat kirurgjikale dhe jo vetëm, të cilat përdoren për mjekime plagësh të ndryshme gjatë kujdesit ndaj pacientit, duhet të dezinfektohen, pastrohen dhe sterilizohen rregulisht. Këto procedura ndihmojnë në mbrojtjen e pacientit nga infeksionet dhe sigurojnë gjithashtu minimizimin e rrezikut për stafin mjekësor, i cili manipulon me to. Gjithashtu këto procese rrisin jetëgjatësinë dhe vlerat e instrumentave.

### Përkufizime:

1. **Pastrimi** është procedura e cila siguron heqjen e mbetjeve nga instrumentat.
2. **Dezinfektimi** është procedura e cila redukton ngarkesën virale dhe atë bakteriale të instrumentave, por nuk pastron mbetjet dhe të sigurojë sterilizimin.
3. **Sterilizimi** është procedura e cila siguron eliminimin total të të gjitha mikroorganizmave nga instrumentat.

### Pa pastrim nuk ka sterilizim!

**Pastrimi:** Është heqja e çdo materiali të huaj nga instrumentet p.sh. materiale organike duke përdorur normalisht ujin me detergjente (sode bikarbonat) ose produkte enzimmatike.

- Pastrimi i paraprind dezinfektimit dhe sterilizimit sepse materialet organike dhe inorganike ndërhyjnë në efektivitetin e tyre.
- Nëse mbetjet thahen ose fiksohen mbi instrumenta, heqja e tyre më pas bëhet shumë e vështirë dhe dezinfektimi ose sterilizimi rezulton joefektiv.

- Instrumentat zhyten në ujë ose shpërlahen për të parandaluar tharjen e gjakut dhe indeve si dhe për të zbutur dhe hequr gjakun dhe mbetjet prej tyre.
- Pastrimi bëhet me dorë, me fërkim me fuqë, ose me ujë nën presion për instrumentat që kanë kanale të brendshme ku nuk arrin fuqja.
- Pastroni instrumentat me detergjent normal dhe ujë për të hequr materialet inaktive dhe dezinfektantin e përdorur.
- Para sterilizimit të gjitha instrumentat duhet të pastrohen për të hequr të gjitha mbetjet dhe pastaj të dezinfektohen, pasi sterilizimi vret të gjitha organizmat e gjalla por nuk është metodë pastrimi.

### Gjatë dezinfektimit:

- Është shumë e rëndësishme që solucionet dezinfektuese të përdoren brenda afatit të skadencës, pasi disa prej tyre si p.sh. hipokloridi e humbasin efektivitetin e tyre shumë shpejt.
- Dezinfektantët duhet të jenë gjithmonë të disponueshëm për pastrimin e sipërfaqeve të punës, artikujve shumëpërdorimësh dhe pajisjeve, të cilat nuk mund të futen në autoklavë. Gjithashtu mund të përdoren në kontaminimin ose spërkatjet e ambienteve me mostrat patologjike.
- Të gjithë dezinfektantët për të qenë efektive, kanë "kohën e tyre të kontaktit". Kjo nënkupton kohën që ata duhet të lihen në kontakt me agjentin infektues për të bërë të mundur dezinfektimin.

## Metodat më të zakonshme të sterilizimit janë:

- Autoklava ose sterilizimi me avull
- Ekspozimi ndaj nxehtësisë së thatë (Furra sterilizuese)
- Trajtimi me kimikate antiseptike

## Procedura e sterilizimit në autoklavë

- Të gjitha viruset, përfshirë edhe HIV, inaktivizohen nga sterilizimi për 20 minuta në autoklavë në 121-131°C dhe për 30 minuta nëse instrumentat janë pakotuar në qese.



- Është më praktike të përdorësh një autoklavë të vogël disa herë në ditë sesa një autoklavë të madhe vetëm një herë.
- Sapo instrumentet janë pastruar dhe fshirë me pecetë pambuku, ato që do të sterilizohen mbështillen me peceta të posaçme, në qese plastike të posaçme ose vendosen në vasketa ose shporta metalike sipas kërkesave të autoklavës. Mbështjellja bëhet me shumë kujdes duke eliminuar vendet bosh ose tendosjen e mbështjellëses.



- Instrumentat me mentesha vendosen të hapura, pjesët e lëvizshme çmontohen, sipërfaqet konkave vendosen në mënyrë të tillë që uji të rrjedhë etj.
- Mbushja e autoklavës ka rëndësi të madhe, pasi vendosja e instrumentave bëhet në mënyrë të tillë, që të gjitha sipërfaqet të ekspozohen ndaj agentit sterilizues dhe të lejojnë qarkullimin e lehtë të avullit rreth çdo instrumenti. P.sh. baçinelat vihen në pozicion vertikal, objektet e vogla vendosen lirshën më shporta metalike.
- Në fund të procedurës, sipërfaqja e jashtme e paketimit të instrumentave nuk duhet të ketë vende të lagura gjë që tregon se sterilizimi nuk është kryer.



## Procedura e sterilizimit me ekspozim ndaj nxehtësisë së thatë (furra e sterilizimit)

- Kjo procedurë është e përshtatshme vetëm për instrumentet metalike dhe për një numër të vogël të materialeve natyrale për suturat.
- Këto mund të sterilizohen me nxehtësi të thatë për 1-2 orë në temperaturë 170°C.



- Zjerja e instrumentave tani konsiderohet e papërshtatshme për të arritur sterilizimin dhe nuk rekomandohet më në rutinën e praktikës spitalore.

### **Procedura e sterilizimit me kimikate antiseptike**

- Instrumentat nuk mbahen më të zhytura në antiseptik.
- Instrumentat e mprehtë, pajisjet e tjera delikate dhe disa lloje kateterësh dhe tubash mund të sterilizohen me ekspozim në formaldehide, glutaral ose Chlorheksidinë.



- Kur përdorni formaldehide, pastroni me shumë kujdes pajisjet dhe më pas ekspozijini ato në avujt e tabletave të paraformaldehide-s në një kontener të mbyllur për 48 orë.
- Glutarali është jashtëzakonisht efektiv kundër baktereve, kërpudhave dhe një rangu të gjërë të viruseve.

### **Ruajtja e instrumentave pas sterilizimit**

- Instrumentat është mirë të ruhen në kuti të mbyllura por në rafta të hapur, larg prej vendeve me lagështi dhe në kushte të qarkullimit të mirë të ajrit.

## VLERËSIMI I NEVOJAVE PËR KUJDES NGA SHËRBIMET SOCIALE

Shërbimi shëndetësor në banesë nënkupton kujdesin e vazhduar nëpërmjet vizitave të rregullta dhe të planifikuara nga mjekët dhe kryesisht infermierët e familjes, pjesë e njësisë së këtij shërbimi në zonat përkatëse. Shërbimi në familje, është një qasje holistike që e shikon pacientin si një të tërë, me trup dhe shpirt. Si i tillë, ky shërbim nuk mund të ndajë problemet shëndetësore nga ato psiko-sociale të pacientëve apo familjarëve/kujdestarëve të tyre.

Pacienti nuk është një individ i izoluar, por pjesëtar i një familje (partner, prind fëmijë etj), por edhe anëtar i një grupi social (mik, koleg, komshi, anëtar i një komuniteti fetar etj).

Puna në ekip dhe marrëdhëniet ndërpersonale në procesin e saj, janë një element i rëndësishëm edhe në shërbimin shëndetësor në banesë. Shpesh, nevojat e pacientëve dhe të familjarëve janë shumë dimensionale dhe nuk mund të konsiderohen të trajtuara pa ndërhyrjen edhe të ekspertëve të çështjeve sociale.

### **Të dhënat që mblidhen nga vëzhgimi dhe intervista me pacientin apo familjarin janë:**

1. Historia e sëmundjes
2. Moshë, seksi, njësia bashkiake në të cilën jeton
3. Statusi civil i pacientit; i martuar, beqar, i/e ve
4. Statusi social, i punësuar, pa punë, invalid, pension
5. Arsimitimi

6. Besimi fetar
7. Historia familjare
8. Kushtet e jetesës dhe mjedisi familjar
9. Numri i anëtarëve të familjes
10. Problemet që mund të ketë secili anëtar
11. Karakteristikat e pamjes së jashtme (elementë të kujdesit personal, higjiena, veshja etj)
12. Të ardhurat
13. Mënyra e ushqyerjes
14. Banesa dhe kushtet e banimit
15. Kush kujdeset për pacientin?
16. A ka abuzues me alkoolin, drogat dhe medikamentet në familjen e tij?
17. Vlerësimi i funksionit social (marrëdhëniet me të tjerët, aftësi komunikimi, njohuritë rreth diagnozës, prognozës etj)
18. Trajtimi dhe ndihma e mëparshme

Puna sociale është një disiplinë e re në vendin tonë dhe përfshirja e saj në shërbimet shëndetësore është një risi për profesionistët të cilët punojnë në këtë fushë.

Shumica e të sëmurëve/pacientëve të cilët marrin shërbim shëndetësor në banesë, e kanë të pamundur të lëvizin. Janë familjarët e tyre ata që, pavarësisht nga mundësitë apo aftësitë, duhet të zgjidhin problemet burokratike në zyrat e pushtetit.

Një punonjës social do të vizitojë individin dhe familjarët me probleme sociale për t'ju dhënë mbështetje dhe këshilla dhe për t'i ndihmuar ata për të bërë të mundur marrjen e shërbimeve sociale ekzistuese.

Punonjësi social, pasi ka marrë informacionin e duhur nga njësia e shërbimit në banesë dhe para se të vendosë për metodat e ndërhyrjes, duhet të vlerësojë nevojat dhe kërkesat e pacientëve. Nga punonjësit e shërbimit në banesë, ai ka marrë informacionin e duhur mbi situatën në familje: përbërjen dhe numrin e anëtarëve të saj, aktivitetin apo profesionin e çdo anëtari, moshën e tyre, kushtet e banimit, mundësitë ekonomike, nëse ka të moshuar, nëse ka persona me aftësi të kufizuara, të alkoolizuar, qëndrimet e familjarëve në raport me të sëmurin, raportet reciproke dhe organizimin në familje.

Në termat e përgjithshëm mund të thuhet që nevoja për kujdes social është diçka që fokusohet gjithashtu tek ofrimi i asistencës/ndihmës në aktivitetet e jetës ditore, ruajtjen e pavarësisë, ndërhyrjet sociale, aftësimi i individëve për të luajtur rolin e tyre të plotë në shoqëri, mbrojtja e tyre në situata vulnerable etj.

Punonjësit socialë bëhen pjesë e skuadrave/ ekipeve të shërbimit në banesë duke përdorur dhe ndërhyrë më ekspertizën dhe gjithë instrumentat e tjerë profesionalë për të ndihmuar pacientët dhe familjet në nevojë dhe për zgjidhjen apo zbutjen e problemeve të tyre sociale.

Punonjësit socialë të kontaktuar nga njësia e kujdesit në banesë, ofrojnë shërbime të ndryshme për pacientin, përfshi këshillimin social dhe gjetjen e burimeve në komunitetin, të cilat përdoren për të ndihmuar pacientin në rehabilitimin e tij/saj. Ata shpesh bëhen menaxherë të rastit në situata komplekse dhe që kërkojnë koordinimin e disa shërbimeve.

Infermieri shihet si punonjës kyç në ofrimin e kujdesit shëndetësor në banesë. Veç shërbimit dhe procedurave infermierore që ai ofron, atij i duhet të monitorojë edhe situata të tjera, kryesisht ato sociale. Problemet sociale që ai evidenton gjatë vizitave dhe shërbimit në banesën e pacientit, i referon tek koordinatori i njësisë, i cili më pas e kalon tek Drejtori i QSH-së që më tej e referon rastin tek punonjësi social i bashkisë ose njësisë administrative.

**Formular: Referimi i Rastit tek “Njësia e vlerësimit të nevojave dhe referimit”(NJVNR) pranë Shërbimit të Kujdesit Social në nivel vendor/ pranë Njesisë Administrative/Bashkisë**

**Formulari nr:** \_\_\_\_\_ **më:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Informacion për të dhënat personale**

Emër Mbiemër \_\_\_\_\_

NID (Nr.i identifikimit personal) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datëlindja 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gjinia: \_\_\_\_\_ Vendlindja \_\_\_\_\_ Arsimi \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ Nr. kontakti: \_\_\_\_\_

**Historiku dhe nevojat specifike të rastit** (përshkruaj shkurtimisht nevojën për mbështetje dhe ndërhyrje nga ana e strukturave të shërbimeve sociale, psh. nevojë për ndihmë ekonomike apo pagesa të tjera si pjesë e skemës së mbrojtjes sociale; nëse individi është në rrezik dhe për të kërkohet ndërhyrje e menjëhershme, në rastet kur:

- Jeton vetëm dhe e ka të pamundur të kujdeset për nevojat e veta bazë, kryesisht ato fizike;
- Jeta e individit kërcënohet nga individë të tjerë (kryesisht rastet e dhunës dhe të trafikimit);
- Banesa është e amortizuar dhe përbën kërcënim për jetën e individit;
- Ka nevoja të menjëhershme ushqimore dhe/ose higjienike.

**Gjendja shëndetësore** (Përshkruaj si është gjendja shëndetësore, fizike, mendore, diagnoza dhe shkurtimisht gjendjen shëndetësore të familjarëve të tij)

**Referuesi i rastit**

QSH \_\_\_\_\_ Drejtor \_\_\_\_\_



## MASAT PARANDALUESE PËR KONTROLLIN E INFEKSIONIT GJATË VIZITËS NË SHTËPINË E PACIENTIT

Masat parandaluese për kontrollin e infeksionit, përbëjnë një sfidë shumë domethënëse për personelin shëndetësor, pasi i duhet të adoptojë këto masa në kushtet e kujdesit në shtëpinë e pacientit. Këto adaptime rezultojnë me një varietet shumë të gjërë të praktikave dhe metodave për kujdesin ndaj pacientit në kushtet e shtëpisë si: pastrimi dhe dezinfektimi i pajisjeve, përdorimi i teknikave të pastra ndaj atyre sterile si dhe zhvillimi i një sërë praktikave që janë futur në kodin e procedurave të kujdesit në shtëpi.

### Mënyrat e transmetimit të agjentëve infektuese

- Nga spërklat.
- Përmes ajrit.
- Përmes kontaktit me një person të infektuar ose objektet që ka përdorur personi.
- Kur jashtëqitjet që përmbajnë një patogjen ndotin ushqimin ose ujin që konsumohet më pas nga një person tjetër.
- Kontakti i drejtpërdrejt me gjakun ose lëngjet e trupit të një personi të infektuar. Patogjenët e transmetuar nga gjaku nuk gjenden tek djersa dhe lotët. Më së shumti gjenden në gjak, spermë, në sekrecionet vaginale, rrjedhjet nga plaga, lëng cerebrospinal (CSF), lëngun amniotik dhe qumështin e gjirit.
- Nga shpimi me gjilpërë, prerjet nga xhami i ndotur.

### Tre kategoritë e pajisjeve mjekësore që mund të transmetojnë infeksionet:

1. **Pajisjet jo-kritike** janë ato që prekin vetëm lëkurën. Këto pajisje konsiderohen me risk të ulët dhe kërkojnë vetëm pastrim dhe dezinfektim të nivelit të ulët kur duken me sy që janë të ndotura. Të tilla janë mansheta e aparatit të tensionit, metri, stetoskopi etj.
2. **Pajisjet gjysëm-kritike** janë ato që bien në kontakt me pjesë të brendshme të lëkurës dhe membranat mukozale. Këto pajisje kërkojnë dezinfektim të nivelit mesatar para përdorimit tek pacienti pasardhës. Të tilla janë pajisjet e terapisë respiratore dhe termometrat orale.
3. **Pajisjet kritike** janë ato që prekin hapësirat sterile të trupit si p.sh. vezika urinare ose sistemi venoz, dhe duhet të jenë sterile gjatë përdorimit dhe njëpërdorimshe. Të tillë janë kateteret urinare dhe ata intravenozë.

### Ritualet e kontrollit të infeksionit gjatë kujdesit në shtëpinë e pacientit

Megjithëse koncepti i praktikimit të kontrollit të infeksionit në kushtet e shtëpisë është thelbësor, aplikimi i principeve të kontrollit të infeksionit është shpesh sfidues për personelin shëndetësor dhe shpeshherë rezulton në ndjekje të ritualeve thjesht si të tilla.

## Teknika e çantës

Shembull i kontrollit të infeksionit gjatë kujdesit në shtëpi është edhe kujdesi ndaj çantës së pajisjeve të infermierit. Shumica e procedurave të kujdesit në shtëpi kërkojnë përdorimin e një barriere (p.sh. gazetë, letër e parafinuar) midis çantës së pajisjeve dhe sipërfaqes në të cilën ajo do të vendoset në shtëpinë e pacientit.

### Procedura:

1. Vendosni çantën në një sipërfaqe të thatë dhe të pastër në shtëpinë e pacientit.
2. Lani duart me sapun dhe ujë të rrjedhshëm përpara kontaktit direkt me pacientin. Nëse pacienti është infektuar ose kolonizuar nga bakterie rezistente ndaj shumë medikamenteve, (p.sh. methicillin-resistant staphylococcus aureus ose vancomycin-resistant enterococci) lani duart me sapun antibakterial dhe ujë të rrjedhshëm. Nëse nuk keni ujë të rrjedhshëm, pastroni duart me një produkt të përshtatshëm për larjen e tyre.
3. Nxirrni të gjitha pajisjet e nevojshme nga çanta dhe vendosini në një sipërfaqe të thatë dhe të pastër.



4. Kryeni kujdesin ndaj pacientit.
5. Nëse keni përdorur një termometër oral (pajisje gjysëmkritike), pastroni dhe dezinfektoni termometrën me një tampon me alkool isopropyl 70% dhe vendoseni në çantë.
6. Nëse keni përdorur pajisje jokritike (aparatin e tensionit, stetoskopin, metrin) pastroni vetëm nëse janë të ndotura dhe kthejini në çantë. Në rastin e pacientit të infektuar me

bakterie rezistente ndaj medikamenteve dhe kur nuk keni pajisje për çdo pacient, pastroni dhe dezinfektoni pajisjet me një dezinfektant të përshtatshëm për kujdesin në banesë para se t'i fusni përsëri në çantë.

7. Hiqni dorezat dhe veshjen mbrojtëse.
8. Lani duart me sapun dhe ujë të rrjedhshëm. Nëse pacienti është i infektuar me bakterie rezistente, lani duart me sapun antibakterial dhe ujë të rrjedhshëm. Në mungesë të tij, lani duart me produktin e larjes së duarve pa ujë dhe sapo të keni mundësi lajini ato me ujë të rrjedhshëm dhe sapun.

### Larja e duarve

Larja e duarve është metoda më e rëndësishme për të parandaluar përhapjen e infeksionit. Që larja e duarve të jetë efektive në parandalimin e përhapjes së infeksionit, duhet të kryhet plotësisht, si duhet dhe në mënyrë të vazhdueshme.

1. Hiqni të gjitha bizhuteritë.
2. Hap rubinetin e ujit.
3. Lagni duart dhe vendosni sapun të lëngshëm. Sapuni i lëngshëm është më i dëshirueshëm, sepse organizma të ndryshëm bakterialë rriten në pllakën e mbajtjes së sapunit ose në vetë sapunin në shtëpi.
4. Punoni sapunin deri sa të krijohet shkumë dhe pastroni duart për të paktën dy minuta.
5. Mbani duart në një kënd të ulët, për të parandaluar kthimin e ujit të ndotur në krahët tuaj.
6. Gërshetoni gishtat për të pastruar mes tyre.



7. Pastroni thonjtë me një furçë thonjsh.
8. Shpëlani duart me ujë të rrjedhshëm dhe të bollshëm.

9. Mbyllni rubinetin duke përdorur një peshqir letre të pastër.
10. Thani duart me peshqir letre të pastër.

#### **Lani duart në këto raste:**

- Para dhe pasi të vizitoni pacientin.
- Para se të prekni rrobat e pastra.
- Para se të servirni vaktin e ushqimit për pacientin.
- Pas kollitjes, teshtitjes ose pastrimit të hundëve.
- Pasi të keni prekur gjithçka që mund të konsiderohet e ndotur, sidomos objektet të kontaminuara me gjak ose lëngje të trupit.
- Pasi të keni hequr dorezat e lateksit.

#### **Përdorimi i alkoolit të duarve.**

Alkooli i duarve është një produkt që mund të përdoret në vend të larjes së duarve, për të pastruar duart në situata të caktuara. Por mënyra më efikase për pastrimin e duarve është larja e tyre.

- Pastrimi i duarve me alkool bëhet më shpejt.
- Fërkimi i duarve me bazë alkooli nuk kerkon uje, kështu që mund të përdoret kudo.

**Mos harroni, nëse duart tuaja janë të ndotura nga papastërtitë ose lëngjet e trupit, duhet t'i lani në lavaman duke përdorur ujë dhe sapun dhe më pas mund të përdorni alkool!**

"Pastrimi i duarve me një antiseptik në mungesë të ndotjes", rekomandohet fuqimisht nga "Udhëzuesit për Higjienën e Duarve nga Qendrat Amerikane për Kontrollin dhe Parandalimin e Sëmundjeve" (CDC). Arsytet për këtë rekomandim shpjegohen si më poshtë:

Alkooli shkakton një ulje më të dukshme të numrit të baktereve dhe është efektiv në një periudhë më të shkurtër kohore sesa përdorimi i sapunit dhe ujit të rrjedhshëm kur nuk ka ndotje makroskopike të gishtërinjve. Është vërejtur gjithashtu se, alkoolet që përmbajnë përbërës mbrojtës të lëkurës, kanë më pak gjasa që t'a bëjnë lëkurën e duarve të ashpër dhe të thatë.

Një krem zbutës për duart duhet të aplikohet rregullisht për të mbrojtur lëkurën nga tharja e saj. Nëse një sapun i veçantë apo produkt alkooli shkakton acarim të lëkurës, nuk duhet përdorur në vazhdimësi.

#### **Dorezat**

Dorezat duhet të vishen kur kontakti me gjakun e pacientit, lëngun trupor, sekrecionet ose jashtëqitjet është i pashmangshëm ose i supozueshëm. Kjo ndodh në rastin e marrjes së mostrave të gjakut, kujdesit oral ose trajtimit të plagës. Nga një këndvështrim tjetër, personeli shëndetësor, duhet të veshë gjithashtu doreza kur ka një plagë në dorën e tij ose të saj. Pasi hiqni dorezat, duhet të bëni gjithmonë larjen e duarve.

## Udhëzime për përdorimin e dorezave

Çfarë duhet të bësh?	Pse duhet bërë?
Nëse doreza çahet, hidheni atë.	Edhe nga një çarje e vogël duart tuaja mund të kontaminohen.
Zgjidhni doreza që ju përshtaten.	Dorezat që janë shumë të ngushta janë të pakëndshme, po ashtu edhe dorezat që janë shumë të lira.
Nëse ju ose pacienti jeni alergjik ndaj latexit, përdor doreza me material tjetër.	Në varësi të ashpërsisë së alergjisë, ekspozimi ndaj latexit, mund të shkaktojë skuqe dhe plasaritje të lëkurës, ose probleme me frymëmarrjen.
Hiqni dorezat e ndotura para se të prekni ndonjë tjetër sipërfaqe. Ju mund të keni nevojë të ndryshoni dorezat disa herë gjatë një procedure.	Zëvendësimi i dorezave tuaja kur ato ndoten, parandalon transferimin e patogjenëve nga zonat e ndotura në zonat e pastra.
Lani duart pasi t'i hiqni dorezat.	Larja e duarve heq mikrobet.

### Veshja me maskë dhe përparëse

Maskat dhe përparëset nuk janë gjithmonë të nevojshme. Në fakt, rastet për të veshur pajisje të tilla nuk janë shumë të zakonshme. Sidoqoftë, siguruesi i kujdesit duhet të mbajë një maskë kur fytyra ka probabilitet të bjerë në kontakt me gjakun e pacientit, lëngun trupor, sekrecionet ose jashtëqitjet dhe duhet të veshë një përparëse kur trupi ka mundësi të bjerë në kontakt me këto materiale biologjike gjatë manipulimeve.

Mbeturinat e materialeve të përdorura gjatë kujdesit shëndetësor, duhet të ndahen menjëherë nga personi që gjeneron mbeturinat, në kontenerë apo qese të koduara me ngjyra në përputhje me legjislacionin aktual kombëtar dhe politikat lokale.

### Kujdesi për mbetjet e rrezikshme

- Mbeturinat e materialeve të përdorura gjatë kujdesit shëndetësor, duhet të etiketohen, ruhen, transportohen dhe asgjësohen në përputhje me legjislacionin aktual kombëtar dhe politikat lokale.
- Konkretisht, infermieret e shërbimit në banesë kanë në çantën e tyre koshin e mbetjeve spitalore me ngjyrë të verdhë. Koshin e mbushur e dorëzojnë te “dhoma e magazinimit të mbetjeve spitalore” pas kthimit në QSH.



---

## REFERENCAT

- *Principles of effective oral and denture care in adults* Nursing Times RACHEAL OTUKOYA, EILEEN SHEPHARD  
<https://www.nursingtimes.net/roles/hospital-nurses/principles-of-effective-oral-and-denture-care-in-adults-29-10-2018/>
- DIANA HASTINGS RGN RCNT,(1986) "The Macmillan Guide to Home Nursing", *Day- To- Day Care* Pg 65-67, ISBN 0-333-42252-X
- *Module 3: Oxygen delivery Systems* JOHNS HOPKINS Medicine- JENNIFER ZANNI M.S.P.T.  
<https://www.johnshopkinsolutions.com/wp-content/uploads/2017/10/3-Oxygen-Delivery-Systems.pdf>
- Barry, P., Morris, K. & Tariq, A. (2010). *Paediatric Intensive Care*. Oxford University Press
- Edwards, E. (2018). *Principles of suctioning in infants, children and young people*. *Nursing Children and Young People*, 30(4), 46.
- *How to perform nasopharyngeal and oropharyngeal suctioning-* Sick Kids/About Kids Health- SICK KIDS STAFF  
<https://www.aboutkidshealth.ca/article?contentid=3857&language=english>
- *Evidence-based policy and procedures: an algorithm for success* PubMed.gov KATHLEEN S.OMAN, CHRISTINE DURAN, REGINA FINK, Jan 2008
- Lippincott's Nursing Procedures (5th ed.) (pp. 535- 538).(2009). Philadelphia, PA: WOLTERS KLUWER.
- *Deep breathing exercises* Physio.co.uk Assess.Dialogue. Advice Treat- Respiratory treatment- Deep breathing exercises  
<https://www.physio.co.uk/>
- *Naso pharyngeal Suctioning* Physio.co. uk Assess.Dialogue. Advice.Treat.Naso Pharyngeal Suctioning  
<https://www.physio.co.uk/>
- *Clinical Procedure for safer Patient care* BC Campus Victoria BC GLYNDA REES DOYLE, JODIE ANITA MCCUTCHEON- 5.8 Oral suctioning- Pg 284  
<https://opentextbc.ca>
- *Module 9: Oxygenation: Respiratory: suctioning secretions from Airway Suctioning the nasopharyngeal Airway* Craven & Hirnle's Nursing Procedures and Fundamentals . [http://downloads.lww.com/wolterskluwer\\_vitalstream\\_com/sample-content/9780781788786\\_Craven/samples/home.html](http://downloads.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/sample-content/9780781788786_Craven/samples/home.html)
- *Open Textbooks Adapted and Created by BC Faculty*  
<http://opentextbc.ca/clinicalskills>

- *Fundamental Nursing Skills- How to Give a Bed Bath-* Clockstone  
[http://thestudentnurse.com/class\\_notes/fundamental-nursing-skills/fundamental-nursing-skills\\_how-to-give-a-bed-bath/](http://thestudentnurse.com/class_notes/fundamental-nursing-skills/fundamental-nursing-skills_how-to-give-a-bed-bath/)
- DIANA HASTINGS RGN RCNT, (1986)“The Macmillan Guide to Home Nursing”, Day-To-Day Care Pg 57-66, ISBN 0-333-42252-X
- *Electrocardiogram* – Healthline- DANIELLE MOORES Sept 17,2018  
<https://www.healthline.com/health/electrocardiogram>
- *Abnormal EKG* – Healthline- RACHEL NALL MSN,CRNA May 10,2018  
<https://www.healthline.com/health/abnormal-ekg>
- HAP (2020), Manual Trajnimi Përdorimi i Protokollit të Mjekimit të Diabetit Mellitus tip 2 në KSHP
- *How to inject insulin-* Diabetes.co.uk the global Diabetes Community- EDITOR <https://www.diabetes.co.uk/insulin/how-to-inject-insulin.html>
- *The underlying principles and procedure for bad bathing patients* - Nursing Times- NT CONTRIBUTOR - 25 Apr 2019  
<https://www.nursingtimes.net/roles/hospital-nurses/the-underlying-principles-and-procedure-for-bed-bathing-patients-25-04-2019/>
- *Intravenous Cannulation-* MedScape- GIL Z SHLAMOVITS MD,FACEP Apr, 12 2021 <https://emedicine.medscape.com/article/1998177-overview>
- *How to do peripheral vein cannulation-* MSD Manual- YIJU TERESA LIU MD David Geffen School of Medicine at UCLA  
<https://www.msmanual.com/professional/critical-care-medicine/how-to-do-peripheral-vascular-procedures/how-to-do-peripheral-vein-cannulation>
- *Vascular Access Devices Nursing CE-* Nursing CE  
<https://www.nursingce.com/ceu-courses/vad>
- *Peripheral IV Cannulation-* UTAS- JOY HILLS 2013 [https://www.utas.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/528042/Peripheral-IV-Cannulation-slides.pdf](https://www.utas.edu.au/__data/assets/pdf_file/0003/528042/Peripheral-IV-Cannulation-slides.pdf)
- *Oxford Textbook of Palliative Nursing*, Betty Rolling Ferrell, Judith A. Paice Oxford University Press 2019
- *Clinical procedures for safer patient care-* BC Campus- GLYNDA RHEESE DOYLE, JODIE ANITA CUTCHEON  
<https://opentextbc.ca/clinicalskills/chapter/10-6-ostomies/>
- *Stoma/Ostomy-* Slideshare- K.KAVINDYA M.FERNANDO  
<https://www.slideshare.net/kavindyamj16/stoma-61784100>
- *Caregiving: Foot and Toenail Care-* Michigan Medicine, University of Michigan- HEALTHWISE STAFF, Jul 17, 2020  
<https://www.uofmhealth.org/health-library/abq1819>
- *Personal Hygiene (Client Care) (Nursing) Part 2* – What-When-How In Depth Tutorials and Information  
<http://what-when-how.com/nursing/personal-hygiene-client-care-nursing-part-2/>
- *Centers for Disease Control and Prevention.* (1995). Recommendations for preventing the spread of vancomycin resistance: Recommendations of the hospital infection control practices advisory committee (HICPAC). *American Journal of Infection Control*, 23 (2), 87–94.

- *Infection Prevention and Control at Home* – JMAJ Japan Medical Association Journal- AKIHIRO KITAZAWA Jun I, 2015  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4597924/>
- *Best practice: Infection Control in Home Care Setting* Adapted from: Carter, PJ (2007) Lippincott's Essentials for Nursing Assistants, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp252-3-  
[https://homecarenh.org/wp-content/uploads/2016/08/infection\\_control.pdf](https://homecarenh.org/wp-content/uploads/2016/08/infection_control.pdf)
- *Healthcare-associated infections: prevention and control in primary and community care-* Clinical Guideline (CG 139) NICE National Institute for Health and Care Excellence, Feb 2017  
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg139>
- *A Guide to Monitoring Blood Glucose for Patients with diabetes in Care Homes-* NHS Shropshire Clinical Commissioning Group- PRIMARY CARE SUPPORT TEAM, Apr 2017  
<https://www.shropshireccg.nhs.uk/media/1821/a-guide-to-monitoring-blood-glucose-for-patients-with-diabetes-in-care-homes-april-2015.pdf>
- *Blood glucose monitoring-* Nursing Times- ANDY FERGUSON RN Sep 20,2005  
<https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/diabetes-clinical-archive/blood-glucose-monitoring-20-09-2005/>
- *Checking your blood sugar levels* Diabetes UK Know diabetes, fight diabetes  
<https://www.diabetes.org.uk/guide-to-diabetes/managing-your-diabetes/testing>
- *Blood sugar level ranges* Diabetes .co.uk The global diabetes community EDITOR Jan 15 2019  
[https://www.diabetes.co.uk/diabetes\\_care/blood-sugar-level-ranges.html](https://www.diabetes.co.uk/diabetes_care/blood-sugar-level-ranges.html)
- HAP (2018), Manual i cantes se infermieres  
[http://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2019/09/Manuali-i-cantes-se-infermieres\\_small-1.pdf](http://www.hap.org.al/wp-content/uploads/2019/09/Manuali-i-cantes-se-infermieres_small-1.pdf)
- *What are the advantages and disadvantages of nebulizers?* Medscape PRAVEEN BUDDIGA ,MD, Apr 12,2020  
<https://www.medscape.com/answers/1413366-199203/what-are-the-advantages-and-disadvantages-of-nebulizers>
- *What is a Nebulizer? What are its advantages and disadvantages?* Asthma Chest &Allergy Centre, VIKRAM JAGGI, Apr 2012  
<http://www.acac.in/what-is-a-nebulizer-what-are-its-advantages-and-disadvantages/>
- *Nebulization* Slideshare, SINSU RACHEL ALEX ,MSc Jul 10,2018  
[https://www.slideshare.net/sinsu12/panel-discussion?next\\_slideshow=1](https://www.slideshare.net/sinsu12/panel-discussion?next_slideshow=1)
- *How to exercise with limited mobility* Helpguide LAWRENCE ROBINSON and JEANNE SEGAL, Ph.D. Oct 2020  
<https://www.helpguide.org/articles/healthy-living/chair-exercises-and-limited-mobility-fitness.htm>
- *Ineffective Breathing Pattern Nursing Care Plan* Nurseslabs GIL WAYNE BSN, R.N. Feb 7, 2019  
<https://nurseslabs.com/ineffective-breathing-pattern/>
- *Sonographer's Perspective of Evaluating Diastolic Function* Diastology ANNITTA J. MOREHEAD BA, RDSC 2008  
<https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/respirometry>
- *Nasogastric (NG) Tubes and IBD* Verywellhealth AMBER J. TRESKA Apr, 28,2020  
[https://www.verywellhealth.com/nasogastric-ng-tube-1943087#:~:text=A%20nasogastric%20\(NG\)%20tube%20is,not%20for%20long%2Dterm%20use.](https://www.verywellhealth.com/nasogastric-ng-tube-1943087#:~:text=A%20nasogastric%20(NG)%20tube%20is,not%20for%20long%2Dterm%20use.)



- *What is Nasogastric Intubation Used for?* MedicineNet WILLIAM C. SHIEL Jr., MD,FACP,FACR May 4, 2020  
[https://www.medicinenet.com/what\\_is\\_nasogastric\\_intubation\\_used\\_for/article.htm](https://www.medicinenet.com/what_is_nasogastric_intubation_used_for/article.htm)
- *What is venipuncture?* PC Phlebotomy Coach National Phlebotomy Education Resource Apr 5, 2018  
<https://phlebotomycoach.com/faqs/what-is-venipuncture>
- *Who guidelines on drawing blood: best practices in phlebotomy* Dr NEELAM DHINGRA, Dr MICHELINE DIEPART, Dr SELMA KHAMASSI, MD, MSc,Dr FERNANDO OTAIZA, MD, MSc Mrs SUSAN WILBURN  
[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/268790/WHO-guidelines-on-drawing-blood-best-practices-in-phlebotomy-Eng.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/268790/WHO-guidelines-on-drawing-blood-best-practices-in-phlebotomy-Eng.pdf?ua=1)
- *Sterilizing Practices Centers for Disease Control and Prevention* Sep 18, 2016  
<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/sterilization/sterilizing-practices.html>
- *What are insulin pens and how do we use them* Medical News Today ADAM FELDMAN <https://www.medicalnewstoday.com/articles/324518#how-to-perform+video>
- *Compression Therapy for Lymphedema* LymphCare by JOBST  
<https://www.lymphcareusa.com/professional/therapy-solutions/compression-therapy/bandages.html>
- *Lymphoedema* Physiopedia  
<https://www.physio-pedia.com/Lymphoedema>
- <https://www.lymphedemablog.com/2013/01/08/self-manual-lymph-drainage-for-lymphedema-affecting-the-arm/>
- *How to Do Lymphatic Massage on Lower Body-* Form: D-5802 | SYLVIA CROWHURST RMT/CDTI; PAMELA HAMMOND RMT, MSc; ALEKSANDRA CHAFRANSKAIA PT, MHS; LINDA DURKEE RN, BScN, MEd; STEPHANIE PHAN OTReg(Ont)-
- *Self Manual Lymph Drainage for Lymphedema Affecting the Arm* Lymphedema JOACHIM ZUTHER Jan 8, 2013
- <https://www.lymphedemablog.com/2013/01/08/self-manual-lymph-drainage-for-lymphedema-affecting-the-arm/>
- *Compression pump for lymphedema* – Michigan Medicine, University of Michigan,AMBER RICHARDSON OTR/L, CLT  
*A Step-By-Step Guide to Arm Lymphedema Exercises* Verywellhealth PAM STEPHAN Sep 23, 2020.  
<https://www.verywellhealth.com/how-to-do-arm-lymphedema-exercises-430210>
- *Exercise and Movement* LSN The Lymphoedema Support Network, MELANIE THOMAS, National Clinical Lead Lymphoedema, Welsh Government  
<https://lymphoedema.org/information/useful-articles/exercise-and-movement/>
- *Fundamentals of Nursing Procedure Manual for PCL course* Japan international Cooperation Agency(JICA), Nepal Office SANJITA KHADKA, DURGESHORI KISI, PADMA RAYA, SAPHALTA SHRESHTA, Pg 26, 159, 466 [https://www.jica.go.jp/nepal/english/office/topics/pdf/topics02\\_01.pdf](https://www.jica.go.jp/nepal/english/office/topics/pdf/topics02_01.pdf)
- *Dipstick urinalysis* Life in the fastlane, MIKE CADOGAN Nov 3, 2020  
<https://litfl.com/dipstick-urinalysis/>

- *Chapter 3: Measuring and Recording the Vital Signs* Nursing Answers.net Accademic Support for Nursing Students  
<https://nursinganswers.net/lectures/nursing/health-observation/3-detailed.php>
- *Vital Sign Assessment* Statpearls AMIT SAPRA, AHMAD MALIK, PRIYANKA BHANDARI, May 23, 2020  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553213/>
- *New ACC/AHA High Blood Pressure Guidelines Lower Definition of Hypertension* American College of Cardiology PETER BLOCK MD, PAUL WHELTON MD KIM EAGLE MD, Nov 13, 2017  
<https://www.acc.org/latest-in-cardiology/articles/2017/11/08/11/47/mon-5pm-bp-guideline-aha-201>
- *Tracheotomy: timing and techniques* PubMed.gov ANDREW J. McWHORTER, Dec 2003  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14631182>
- *Tracheostomy*, MayoClinic, MAYO CLINIC STAFF  
<https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/tracheostomy/about/pac-20384673>
- Wayne Naylor, Diane Laverty and Jane Mallett, (2001), "Handbook of Wound Management in Cancer Care", ISBN 0-632-05751-3
- *Using medication: Oral medications* NCBI ( 2017) Bookshelf ID: NBK361020  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361020/>
- *What Is a Subcutaneous Injection?* Medically reviewed by Carissa Stephens, R.N., CCRN, CPN — Written by Christine Case-Lo — Updated on September 17, 2018  
<https://www.healthline.com/health/subcutaneous-injection>

## ANEKSET

### ANEKS NR 1: AFTËSITË QË DUHET TË ZOTËROJË PERSONELI QË OFRON SHËRBIME TË KUJDESIT NË BANESË

- **Vlerësimi i saktë i shenjave vitale**

A. Temperatura

1. Matjen e saktë të temperaturës së trupit me termometrën e përshtatshëm
  - a) Orale
  - b) Aksilare
2. Raporton ngritjen e temperaturës tek mjeku i familjes
3. Shënon qartë temperaturën në kartelë

B. Puls

1. Mat pulsin radial
2. Numëron saktësisht pulsin
  - a) i rregullt (30 sekonda x 2)
  - b) i parregullt (1 minutë)
  - c) Raporton pulsin anormal tek mjeku i familjes
  - d) Shënon qartë pulsin në kartelë
3. Lokalizon pulsin apikal dhe numëron për 1 minutë

C. Respiracioni

1. Numëron numrin e respiracioneve
  - a) i rregullt (30 sekonda x 2)
  - b) i parregullt (1 minutë)
2. Raporton respiracionet anormale te doktori
3. Shënon qartë respiracionet në kartelë

D. Tensioni arterial

1. Vendosja e saktë e manshetës në krah
  - a) Mansheta sipas moshës
  - b) Shtrëngimi i manshetës sa duhet
  - c) Pozicioni

2. Dëgjon saktësisht HTA

3. Raporton BP anormal te doktori

- a) Ndryshimet e HTA-së
- b) SPB<100 (siastoliku)
- c) SBP>140
- d) DBP>90 (diastoliku)

4. Shënon qartë HTA në kartelë

5. Udhëzon pacientin për shenjat e HTA-së dhe hipotensionit

6. Udhëzon pacientin të vetëkujdeset për HTA

- **Matja e glukozës në gjakun kapilar**

1. Demonstron si të përdorë aparatën e sheqerit

- a) Vendos fishën në aparat
- b) Krahason numrin e kodit të aparatit me numrin e kodit të fishes
- c) Kontrollon skadencën e fishës

2. Demonstron si ta përdorë agjen

- a) Gjej vendin e duhur në gisht
- b) Pastron vendin me alkool
- c) Shpon gishtin me agjen

- C. Vendos gjakun në fishë

- D. Siguron përgjigjen e analizës, e shënon në kartelë, dhe ia tregon mjekut

- **Mjekimi i plagëve dekubitues**

- A. Nxjerr nga canta mjetet/materialet për mjekimin e plagëve

- B. Ia shpjegon procedurën pacientit

- C. Lan duart përpara dhe pas procedurës

- D. Vesh dorezat

- E. Ndryshon fashot në mënyrë të pastër

1. Mbush plagën me garza me uje fiziologjik

2. Përdor solucionin dhe pomadën e duhur

3. Lidh/mbulon plagën me garza dhe ngjitëse

- F. Pastron vendin nga materialet e kontaminuara me gjak
- G. Shënon në kartelë ecurinë e plagës kronike sipas mënyrës më poshtë:
  - Lokalizimi i plagës
  - Stadi i dekubitusit
  - Përbërja e shtratit të plagës me përqindje (nekrozë, ind i granular)
  - Prania e zgavrave dhe tuneleve
  - Përshkrimi shkurt i procedurës së kryer
  - Këshillimi lidhur me vazhdimin e mjekimit të plagës nga familjarët/kujdestari
  - Fakti nëse familjarët kuptuan këshillimin dhe ranë dakord ose refuzuan zbatimin e këshillave të dhëna
- GJ. Udhëzon pacientin për shenjat e infeksionit

#### • Administrimi i Medikamenteve

- A. Marrja e përshkrimit nga mjeku për mjekimin e duhur
- B. Pyet pacientin për allergji nga medikamentet
- C. Kontrollon të paktën 2x që po jep medikamentin në dozën e duhur dhe brenda skadencës
- D. Nëse ka ndonjë pyetje për mjekimin, kontrollon me mjekun ose infermiere tjetër
- E. Duke përdorur një teknikë të pastër, numëron ose mat dozën e duhur.
- F. Shkruan sipër qeses së medikamentit emrin, dozën, dhe përdorimin e tij
- G. Ia shpjegon qartë pacientit mënyrën e përdorimit
- H. I kërkon pacientit të përsërisë udhëzimet (për të siguruar që ai ka kuptuar)
- I. Diskuton efektet anësore me pacientin
- J. Ju përgjigjet pyetjeve që pacienti/familjari ka për marrjen e medikamenteve

#### • Kryerja e procedurave të mëposhtëme

- A. Aftësia për të marrë analizat si më poshtë:
  1. Analizë urine për test të shpejtë
  2. Marrja e gjakut për analiza
  3. Analizë urine sterile për urokulturë

#### • Kujdesi Respirator

- A. E aftë për të udhëzuar pacientin për përdorimin e:
  1. Pompës
  2. Ndarësit
  3. Matësin e vëllimit maksimal (VEMS/Peak flow meter)

- B. Trajtimi me aerosol
  1. Gjen mjetet e nevojshme për terapinë aerazol
    - a) Zgjatuesin
    - b) Medikamentin
    - c) Aparatin e aerosolit
  2. E aftë për të përgatitur dhe për të dhënë trajtimin sipas përshkrimit të mjekut

#### • Kryerja e EKG-së

- A. Bën gati lëkurën për vendosjen e elektrodave
- B. Vendos në vendet e duhura lidhjet dhe elektrodën
  1. Lidhjet e gjymtyrëve
  2. Lidhjet e kraharorit
- C. Bën gati aparatën e EKG-së
  1. Rregullon parametrat nëse nevojitet
- D. Siguron printimin e EKG-së
- E. Siguron cilësin e printimit
- F. Vendos shiritin e EKG-se në kartelë dhe ia dorëzon mjekut
- G. Vendos dhe ndërron letrën e EKG-së

#### • Lavazhi i veshit

- A. Shpjegojë pacientit çfarë do të bësh dhe pse
- B. Mbush aparatën me ujë të vakët
- C. Përgatit pacientin dhe vendos baçinelën
- D. Bën lavazhin me kujdes derisa të pastrohet veshi.
- E. Shënon në kartelë kryerjen e procedurës/në cilin vesh të majtë/të djathtë e kreu/pacienti toleroi mirë ose pati marrje mendsh/nauzea, të vjella/sinkop etj

Njofton mjekun nëse pacienti shfaq komplikacione gjatë procedurës.

#### • Imunizimi

- A. E informon dhe përshkruan qartë arsyjen e imunizimit – si dhe pse duhet bërë dhe rreziku, etj.
- B. Pyet pacientin për historinë e imunizimit
- C. Pasi ka pyetur pacientin për imunizimin, vendos çfarë imunizimi i duhet atij.
- D. Shënon n.q.s. pacienti ka alergji në kartelë.
- E. I shpjegon efektet anësore pacientit.
- F. Nxjerr vaksinën nga çanta-frigorifer
- G. Rikontrollon nëse është vaksina e duhur, doza, skadencia, etj
- H. Aplikimi i vaksinës në vendin e duhur sipas teknikës së duhur

- I. Siguron që pacienti nuk ka efekte anësore përpara se të largohet nga shtëpia e pacientit
- J. Shënon emrin e vaksinës, numrin lot, datën e skadencës, dhe mënyrën e aplikimit në kartelë

- **Shënimi i historisë dhe gjendjes së pacientit në kartelë**

- A. Kur shkon në shtëpinë e pacientit, i prezantohet pacientit dhe familjarëve.
- B. Komunikon në mënyrë sa më miqësore që të ndihet mirë pacienti
- C. Dokumenton në kartelë :
  - I. Çfarë referon pacienti dhe familjarët/ kujdestari
    - gjendja shëndetësore/ ankesat/ alergji/ vlerat e parametrave të matur prej tyre
    - ushqyerja (mëngjes/drekë/darkë/ zemrat)
    - marrja e medikamenteve (llojet/doza/ mënyra e marrjes)
    - urinimi
    - defekimi
  2. Rezultatet e ekzaminimit objektiv
    - Vlerësimi Infermieror psh në vizitën e parë bën patjetër vlerësimin e pacientit nga koka tek këmbët (sipas sistemeve kryesore)
    - Mat Parametrat vitalë
    - Ndryshimet e kushteve shëndetësore të pacientit

3. Kujdesi i ofruar
  - Proçedura Infermierore që kreu dhe sesi e toleroi pacienti
  - Këshillim

Dokumenton faktin nëse pacienti dhe familjari kuptoi ose jo dhe ra ose jo dakord që të zbatojë këshillimin që bëri Infermieri

- D. Raportohet informacioni i marrë tek mjeku

- **Edukimi i pacientit**

- A. Sigurohet që ka marrë me vete materialet e printuara për edukimin i pacientit
- B. E gatshme për të edukuar pacientin
- C. I ofron materiale që mund të ndihmojnë pacientit

- **Mbrojtja nga infeksionet**

- A. Përcakton situatat e përshtatshme për përdorimin e:
  1. Dorezave
  2. Përparëseve
  3. Maskës
  4. Syzeve
- B. Sigurohet që të marrë me vete mjetet më sipër dhe koshin e vecantë të mbetjeve
  - I. Lan duart para dhe pasi mbaron punë me pacientin, kur heq dorezat, dhe pas kontaktit me sekrecionit e trupit
- C. Hedh materialet e mprehta në koshin e duhur
- D. Pastron dhe desinfekton me kujdes çdo mjet që ka pasur kontakt me sekrecionit e trupit

## ANEKS 2: LISTA E PAJISJEVE DHE MATERIALET E NEVOJSHME PËR OFRIMIN E SHËRBIMEVE TË KUJDESIT NË BANESË

N°	Artikulli
1	Karrige tualeti dhe dushi me rrota
2	Paterica me mbështetje bërryli
3	Dyshek me ajër anti dekubitus
4	Uturak për në shtrat
5	Urinar për meshkuj
6	Mbështetëse për të ecur
7	Rip mesi për transferim të pacientit
8	Legen për larjen e kokës së pacientit në shtrat
10	Set për kujdesin e thonjve të këmbës
11	Set për mikrokirurgji
12	Garza të medikamentuara Duoderm
13	Tub nazal për oksigjenim
14	Aparat nebulazitor
15	Maske aerosoli
16	Teste të shpejta për analize urine
17	Vigon (kateter venoz)
19	Pajisje për ushtrimet e frymëmarrjes
20	Kateter urinar latex/silicon
26	Sonda nazogastrike
28	Karroçë me rrota
29	Aparat për klizmë
30	Garza sterile
31	Metër letër
32	Pompë për trajtim limfedeme
33	Manshetë për trajtimin e limfedemës krah
34	Mansheta për trajtimin e limfedemës këmbë
35	Aparat EKG portabël
36	Barrela me doreza

Ky botim është mbështetur nga Agjencia Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC përmes projektit të saj “Shëndet për të Gjithë”.



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim  
dhe Bashkëpunim SDC**

**Swiss TPH**   
Swiss Tropical and Public Health Institute