

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË



Vlerësimi klinik

Cikël leksionesh

Edicioni i parë

Etleva Smakaj

Marjana Kastrioti

Hartimi dhe publikimi i këtij moduli u mundësua nga “Shëndet për të Gjithë” (HAP), një projekt i Agjencisë Zvicerane për Zhvillim dhe Bashkëpunim SDC, në kuadër të mbështetjes për masterin profesional “Infermieri Familje”.

Mendimet dhe opinionet e shprehura janë të autorëve dhe nuk përfaqësojnë domosdoshmërisht opinionin zyrtar të SDC ose HAP.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Agjencia Zvicerane për Zhvillim
dhe Bashkëpunim SDC**



Përmbajtja

1. KRITERET BAZË TË VLERËSIMIT SHËNDETËSOR. BAZAT E AFTËSIVE KLINIKE. VLERËSIMI I PACIENTIT: GJITHËPËRFSHIRËS OSE I PËRQENDRUAR.	4
2. HISTORI GJITHËPËRFSHIRËSE E SHËNDETIT TË TË RRITURVE.....	10
3. EKZAMINIMI FIZIK GJITHËPËRFSHIRËS.	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
4. ARSYETIMI KLINIK. VLERËSIMI DHE PLANI.	32
5. DOKUMENTIMI KLINIK CILËSOR.	44
6. REGJISTRIMI I GJETJEVE. VLERËSIMI I PROVAVE KLINIKE.	52
7. HISTORIA DHE EKZAMINIMI FIZIK, SI TESTE DIAGNOSTIKUESE. VLERËSIMI I TESTEVE DIAGNOSTIKUESE	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
8. VLERËSIMI KRITIK.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
9. INTERVISTË DHE HISTORI SHËNDETËSORE.	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
10. LLOJE TË NDRYSHME TË HISTORISË SHËNDETËSORE.....	89
11. AFTËSITË BAZË TË INTERVISTIMIT. SEKUENCA DHE KONTEKSTI I INTERVISTËS. INTERVISTË E PËRPARUAR. ETIKA DHE PROFESIONALIZMI.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
12. KONTROLLET E RREGULLTA.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

1

KRITERET BAZË TË VLERËSIMIT SHËNDETËSOR. BAZAT E AFTËSIVE KLINIKE. VLERËSIMI I PACIENTIT: GJITHËPËRFSHIRËS OSE I PËRQENDRUAR.

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Përcaktojnë kriteret bazë të vlerësimit shëndetësor
- ☐ Përshkruajnë teknikat e përdorura për vlerësimin klinik të pacientit
- ☐ Kuptojnë rëndësinë e diversitetit kulturor gjatë vlerësimit shëndetësor

Përkufizim:

Çfarë është një vlerësim infermieror?

Vlerësimi infermieror është një proces ku infermieri mbledh, rendit dhe analizon informacionin shëndetësor të pacientit, duke përdorur mjete të bazuara në prova për të mësuar më shumë rreth shëndetit të përgjithshëm, simptomave dhe shqetësimeve. Kjo duke marrë marrë parasysh vlerat morale, sociale, psikologjike, kulturore dhe shpirtërore të pacientit. [1] Pasi dokumenton dhe interpreton informacionin, formulon planin e kujdesit të pacientit dhe merr vendime për vazhdueshmërinë në lidhje me statusin shëndetësor të tij, i cili mund të përfshijë identifikimin e kushteve urgjente ose kërcënuese për jetën.

Vlerësimi infermieror mund të jetë kritik për sigurinë e pacientit, pasi mungesa ose keqmenaxhimi i një vlerësimi mund të rezultojë fatal për jetën e pacientit. Vlerësimi i duhur holistik dhe në kohë është një aftësi themelore që të gjithë infermierët duhet të demonstrojnë në çdo fushë të praktikës infermirore.

Çfarë përfshin vlerësimi infermieror?

Gjatë një vlerësimi infermieri mbledh informacione subjektive dhe objektive për të vlerësuar pacientin në tërësi. Një vlerësim infermieror mund të përfshijë:

- Vlerësimi i mjedisit
- vlerësimi kulturor
- vlerësimi fizik
- vlerësim psikologjik
- vlerësimi i riskut
- vlerësimi psikosocial

Për analizimin e gjetjeve gjatë vlerësimit infermieri përdor të menduarit kritik, për vendim-marrjet në lidhje me planin e kujdesit të pacientit. Njohja me fiziologjisë normale dhe anormale të pacientit e ndihmon infermierin të vendosë prioritetet në ndërhyrjet dhe planin e kujdesit. Infermieri gjithashtu konsultohet dhe

bashkëpunon me ekipin e kujdesit shëndetësor për të mbështetur planin e kujdesit. [1]

Përpara kryerjes së vlerësimit të përgjithshëm, është e rëndësishme që fillimisht të sigurohet qëndrueshmëria e pacientit nga pikëpamja mjekësore duke kryer një vlerësim primar i shpejtë. Më pas mund të vazhdohet me vlerësimin e përgjithshëm duke filluar me pamjen e përgjithshme, sjelljen, lëvizjen, komunikimin, ushqyerjen dhe hidratimin e pacientit. Një vlerësim i përgjithshëm përfshin gjithashtu analizimin e gjatësisë, peshës dhe shenjave vital.[3]

Vlerësimi primar i shpejtë

➤ Vlerësimi i statusit Mendor

Për vlerësimin e përgjithshëm mendor të pacientit fillimisht përcaktohet nëse një pacient është ose jo koshient.

- A mund t'i përgjigjet pyetjeve tuaja?
- A orientohet me vendin dhe kohën? (mund t'ju tregojnë emrin, vendndodhjen dhe ditën e javës?)

➤ Vlerësimi i frymëmarrjes

Përcaktohet nëse rrugët e frymëmarrjes së pacientit janë të lira dhe nuk ka shenja që tregojnë për pamjaftueshmëri respiratore.

➤ Vlerësimi i qarkullimit

Nëse një pacient nuk reagon, mund të provohet të zgjohet duke përdorur fërkimin sternal që kryhet duke fërkuar fort me gishtat e përkulur të dorës në sterniumin e pacientit. Nëse nuk përgjigjet, kontrollohet puls i karotid dhe kërkohet për ndihmë urgjente sipas nevojës. Gjithashtu vihet re ngjyra e lëkurës. Gjetjet jonormale si lëkura e ftohtë, e lagësht, e zbehtë ose e mavjosur mund të tregojnë shenja shoku që kërkojnë kujdes urgjent.

Vlerësimi i pamjes së përgjithshme

Pas vlerësimit të shpejtë, një vlerësim i përgjithshëm do konsistojë në përdorimin e observimit për të vëzhguar pamjen e përgjithshme, sjelljen, lëvizshmërinë dhe komunikimin e pacientit. Elementët që duhen marrë parasysh gjatë vlerësimit të pamjes së përgjithshme përfshijnë:

- Shenja dhimbjeje ose shqetësimi: Pacientët mund të shfaqin shenja dhimbjeje ose shqetësimi si: ndryshime të mimikës, rënkime ose gjendje ankthi.
- Mosha: Vihet re nëse pacienti ka moshën e deklaruar. Sëmundje kronike mund të bëjnë që pacienti të duket më i vjetër se mosha e tij. Mund të ndikojnë disa faktorë tek pacientët e moshuar në vlerësim, të tilla si problemet me dëgjimin, shikimin ose mobilitetin.
- Trupi: Asnjëherë pacientët nuk mund të jenë të njëjtë; disa pacientë janë në formë të mirë fizike dhe të tjerët jo. Vetë trupi i njeriut mund të pasqyrojë statusin e ushqyerjes dhe stilin e jetesës.
- Higjena, kujdesi për veten dhe veshja: vihet re niveli i pastërtisë së përgjithshme të flokëve, fytyrës dhe thonjve të pacientit si dhe prania e çdo erë të keqe. Erërat mund të tregojnë higjenë të dobët ose gjendje të ndryshme sëmundjesh. Nëse vërehet që: pamja e pacientit apo veshja e

tij nuk është e pastër ose nuk i përshtatet sezonit, kjo mund të reflektojë në aftësitë njohëse të pacientit, gjendjen emocionale dhe aftësinë për të përmbushur aktivitetet ditore. [3]

Sjellja

Ndërsa observohet pacienti, vihet re sjellja gjatë ndërveprimit tuaj. Çfarë duhet të merret në konsideratë?

- **Niveli i humorit:** njerëzit e shprehin nivelin e humorit përmes shprehjeve të fytyrës, kontaktit me sy, asaj që bëjnë dhe asaj që thonë. Kontakti me sy përdoret zakonisht për të gjykuar gjendjen shpirtërore të një personi, sepse njerëzit që ndihen të dëshpëruar ose në depresion zakonisht shmangin kontaktin me sy. Megjithatë, duhet patur parasysh se besimi ose origjina kulturore mund të ndikojnë gjithashtu në përdorimin e kontaktit me sy. Nëse gjendja shpirtërore ose sjellja e pacientit duket e papërshtatshme për situatën e tyre aktuale. Për shembull, një pacient me një humor të mirë në një situatë kur shumica e njerëzve do të shqetësoheshin seriozisht mund të jetë një simptomë e sëmundjeve mendore.
- **Mardhëniet familjare:** nëse pacienti është i shoqëruar nga një anëtar i familjes, vihen re karakteristikat e ndërveprimeve të tyre. Mardhëniet familjare janë modelet e ndërveprimeve ndërmjet anëtarëve të familjes që ndikojnë në strukturën e familjes, hierarkinë, rolet, vlerat dhe sjelljet. Dinamika e familjes ka një ndikim të fortë në mënyrën se si fëmijët e shohin veten, të tjerët dhe botën e tyre.
- **Shenja të abuzimit:** Abuzimi ndodh në shumë forma të ndryshme si fizike, emocionale, mendore, verbale, seksuale, ekonomike ose financiare. Shumica e shteteve mandatojnë infermierët dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor që të raportojnë abuzimin e dyshuar të fëmijëve dhe të moshuarve tek autoritetet përkatëse. Vihet re nëse pacienti duket i frikësuar, tepër i qetë ose ka shenja fizike abuzimi, të tilla si mavjosje ose shenja djegie. Nëse dyshohet për abuzim, përpikuni të intervistoni vetëm pacientin. Raportoni menjëherë shqetësimet tuaja sipas politikës në vendin e punës.
- **Përdorimit i substancave:** përjasja ndaj kësaj kategorie pacientëshduhet bërë në një mënyrë të kujdesshme dhe jo paragjyquese, gjithmonë duke patur parasysh se shenjat ose sjelljet e pazakonta mund të jenë tregues të përdorimit të substancave. Për shembull, nëse pupilat janë zgjeruar ose ngushtohen në mënyrë të pazakontë, kjo mund të jetë një shenjë e të përdorimit të substancave.

Aftësia për të lëvizur

Vihen re lëvizjet e trupit të pacientit, duke vënë në dukje posturën, ecjen dhe kufizimet në lëvizje.

- **Postura (qëndrimi):** Pacienti do të quhet që ka një posturë normale kur në pozicionin ulur ose në këmbë, ka një shtrirje paralele të kolonës vertebrale nga shpatullat në pjesën e sakrumit. Për shembull një qëndrim jonormal do ishte kifoza.
- **Ecja dhe ekuilibri:** Vihet re se si pacienti ecën ose qëndron në këmbë. A janë lëvizjet të organizuara, të koordinuara apo të pakoordinuara? A është në gjendje të ruajnë ekuilibrin ndërsa qëndrojnë pa u mbështetur ose pa prekur asgjë? Ndryshime në ecje ose ekuilibër jo i balancuar nënkupton një problem themelor shëndetësor dhe rrit rrezikun e rrëzimit.

- Kufizimet në lëvizje: vlerësohet pacienti për lëvizshmërinë e ekstremiteteve. A lëvizin në mënyrë të barabartë? Vihet re çdo dridhje ose lëvizje që nuk është e qëllimshme. A janë aftësitë e pacientit të përshtatshme për moshën e tyre? A lëviz pacienti normalisht apo ka kufizime specifike? A përdor pacienti ndonjë pajisje ndihmëse si bastun ose patericë? Lëvizshmëria është një komponent i rëndësishëm në aftësinë për t'u kujdesur për veten në mënyrë të pavarur.[3]

Komunikimi

- Të folurit: vlerësohet se si flet pacienti gjatë ndërveprimit tuaj. A flet me ton dhe ritëm të kuptueshëm, apo është i ngatërruar dhe i vështirë për t'u kuptuar? Çrregullimet neurologjike mund të bëjnë që të folurit të jetë i ngadaltë, i paqartë dhe i vështirë për t'u kuptuar. A ka ndonjë barrierë komunikimi që mund të kërkojë praninë e një përkthyesi?
- Përgjigjia ndaj komandave: Vlerësohet nëse pacienti ndjek udhëzimet që jepen gjatë vlerësimit. Vlerësohet nëse ka vështirësi në të kuptuar apo bashkëpunimin?

Statusi i ushqyerjes (nutricioni)

Vlerësimi vizual i statusit të ushqyerjes të pacientit mund të ofrojë informacione për vlerësime shtesë të fokusuara në lidhje me oreksin, dietën, marrjen e ushqimit ose aktivitetin fizik. Shumë faktorë mund të ndikojnë në statusin ushqimor të pacientit, të tilla si problemet financiare, vështirësitë në gjellitje, mungesën e dhëmbëve ose protezat që nuk përshtaten mirë etj.

Statusi i hidratimit

Vlerësohet gjendjen e përgjithshme e hidratimit. Dehidratimi mund të vihet re nga lëkura e thatë ose mukozat e thata. E kundërta, pacientët me tepriçë lëngjesh shpesh kanë ënjtje ose edemë në ekstremitetet e tyre dhe mund të shfaqin shenja të vështirësisë në frymëmarrje.(edemë pulmonare)

Gjatësia, Pesha dhe IMT

Gjatësia dhe pesha mund të përdoren si një udhëzues për të pasqyruar shëndetin e përgjithshëm të pacientit. Pesha vlerësohet në mënyrë rutinore gjatë të gjitha vizitave në kujdesin shëndetësor. Foshnjat dhe fëmijët maten për të vlerësuar rritjen dhe zhvillimin e tyre. Indeksi i masës trupore (IMT) është pesha e një personi në kilogram e përpjestuar me katrorin e gjatësisë në metra. Kjo është një metodë vlerësimi për kategoritë e peshës: nënpeshë, peshë e shëndetshme, mbipeshë dhe obezitet. IMT nuk mat drejtpërdrejt nivelin e yndyrës së trupit, por lidhet ngushtë me disa sëmundje dhe ndryshme metabolike [2]. Megjithatë, është e rëndësishme të theksohet se IMT mund të mos jetë e saktë për atletët me masë muskulore të rritur, njerëzit me edemë ose të dehidruar, apo të moshuarit që kanë humbur një sasi të konsiderueshme të masës muskulore.

Vlerësimi i përgjithshëm sipas moshës

Fëmijët

Kur kryhet një vlerësim i përgjithshëm tek një fëmijë, jini të vetëdijshëm për fazat e zhvillimit për të përcaktuar gjetjet normale. Me fëmijët është e rëndësishme të përdoret një ton i qetë dhe i butë për të krijuar besim. Janë gjetur shumë të rëndësishme demonstrimet me kukulla ose kafshë pellushi përpara kryerjes së procedurave. Duhet patur parasysh se prindërit e foshnjave dhe fëmijëve të moshës shkollare do të japin shumicën e informacionit gjatë një vlerësimi.

Adoleshentët

Adoleshentët mund të jenë të rezervuar në dhënien e informacionit të rëndësishëm në lidhje me kujdesin e tyre para prindërve të tyre, veçanërisht në lidhje me sjelljet si pirja e duhanit, alkoolit ose përdorimi i drogës, aktivitetin seksual apo mendimet për vetëvrasje. Shpesh është e dobishme të lihet kohë për të intervistuar adoleshentin privatisht, përveç mbledhjes së informacionit kur prindi është i pranishëm.

Të moshuarit

Është e rëndësishme që gjatë një vlerësimi të njihen ndryshimet normale që lidhen me moshën. Nëse pacienti përdor syze ose aparate dëgjimi, duhet të sigurohet që janë vendosur dhe janë funksionale para se të fillohet me pyetjet. Mund t'ju duhet të lini kohë shtesë për vlerësimin, në varësi të aftësive të pacientit. Nëse një i moshuar nuk është në gjendje të komunikojë në mënyrë efektive, infermieri mund të konsultohen gjithashtu me anëtarët e familjes si dhe të dhënat elektronike mjekësore për më shumë informacion.

Përshtatjet kulturore gjatë një vlerësimi të anketës së përgjithshme

Përshtateni komunikimin tuaj gjatë një vlerësimi të përgjithshëm me besimin dhe vlerat kulturore të pacientit. Për shembull, disa individë besojnë se kontakti i drejtpërdrejtë me sy me autoritetet konsiderohet mungesë respekti dhe shmang kontaktin me sy. Individë të tjerë mund të tundin me kokë për të treguar se po dëgjojnë, por kjo nuk do të thotë se janë dakord me atë që po thonë. Disa pacientë preferojnë që vlerësimi të bëhet nga një personel i të njëjtit seks.

Tabela e mëposhtme krahason gjetjet normale nga ato jo normale gjatë kryerjes së një vlerësimi të përgjithshëm. Këto gjetje dokumentohen në kartelën e pacientit.[3]

Vlerësimi	Normale	Jo normale
Shenja dhimbjeje ose shqetësimi	Nuk ka shenja	Nuk reagon, vështirësi në frymëmarrje, konfuz, rëndon ose shtrembëron fytyrën
Niveli i humorit dhe pamja	I qetë dhe bashkëpunues. Përgjigjet në mënyrë të	Duket i shqetësuar, anksoz dhe i axhituar. Janë të pranishme shenjat e

	përshtatshme pyetjeve. Pamja tregon moshën e deklaruar.	përdorimit të substancave, si aroma e alkoolit
Orientimi	Alert, i orientuar në vend dhe në kohë	I pa aftë të thotë emrin, vendin apo ditën.
Higjena	I rregullt, veshja e përshtatshme.	Pamje e parregullt ose veshje jo e përshtatshme sipas stinës
Mardhëniet familjare	Anëtarët e familjes tregojnë respekt të ndërsjellë, besim dhe kujdes	Anëtarët e familjes komunikojnë në një mënyrë jo miqësore, pa respekt apo armiqësore Shenjat dyshimi për abuzim janë të pranishme
Të folurit dhe komunikimi	Të folurit është i qartë dhe i kuptueshëm; pacienti ndjek udhëzimet siç duhet.	Të folurit është i ngatërruar ose i vështirë për t'u kuptuar, i paaftë për t'iu përgjigjur siç duhet pyetjeve ose për të ndjekur komandat
Gama e lëvizjeve	Lëviz ekstremitetet në mënyrë të barabartë me posturë të mirë	Rënie e njëres anë të fytyrës ose lëvizje e alternuar/ lëvizja e ekstremiteteve jo e njëjtë
Lëvizshmëria	Ecja është normale me dhe arrin të ruajë ekuilibrin pa ndihmë. Nëse përdor pajisje ndihmëse, i përdor siç duhet dhe kjo është e dokumentuar më parë.	Ecjen me lëkundje duke çaluar. Nuk mund të ruajë ekuilibrin dhe pajisjet ndihmëse nuk përdoren në mënyrën e duhur.
Ushqyerja	IMT vlera normale	IMT jashtë vlerave normale. Ka humbur ose shtuar në peshë kohët e fundit
Statusi i hidratimit	Mukoza normale	Lëkura dhe mukoza të thata; sytë e thelluar tek të rriturit dhe fontanela thelluar tek foshnjat
Gjëndje kritike. Raportoni menjëherë		Statusi mendor nuk reagon, vështirësi në frymëmarrje, shenjat vitale jo normale, lëkura është e ftohtë, e lagësht ose cianotike

Referenca

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493211>
2. https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html

2

HISTORI GJITHËPËRFSHIRËSE E SHËNDETIT TË TË RRITURVE

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Marrë një histori të saktë, gjithëpërfshirëse nga pacienti
- ☐ Të kryejnë një ekzaminim fizik racional dhe të plotë
- ☐ Të identifikojë problemet gjatë marrjes së historikut të pacientit

Historia gjithëpërfshirëse përfshin identifikimin e të dhënave dhe burimin e historisë, ankesat kryesore, sëmundjet prezente, historinë e kaluar, historinë familjare, historinë personale dhe sociale. Ndërsa flisni me pacientin, duhet të mësoni të nxirrni në pah dhe organizoni çdo të dhënë të shëndetit të pacientit. Marrja e historisë është një komponent kyç i vlerësimit të pacientit, duke mundësuar ofrimin e kujdesit me cilësi të lartë. Të kuptuarit e kompleksitetit dhe proceseve të përfshira në marrjen e historisë i lejon infermierët të kuptojnë më mirë problemet e pacientëve [1]. Gjatë marrjes së historisë dhe intervistimit, infermieri fiton besimin e pacientit. Përmes komunikimit terapeutik, pacienti dhe infermiera bashkëpunojnë së bashku për të zgjidhur problemet. Ndërsa infermiera zhvillon dhe përmirëson aftësitë e intervistimit, biseda me pacientët bëhet më e rehatshme dhe bëhet më e lehtë për të kaluar nga pyetja në pyetje.

STRUKTURA DHE QËLLIMET

Ndërkohë që përfitoni përvojë në vlerësimin e pacientëve në mjedise të ndryshme, do të zbuloni se pacientët e rinj ambulatorë ose në spital meritojnë një histori shëndetësore gjithëpërfshirëse. Megjithatë, në shumë situata, një intervistë më fleksibël e fokusuar ose e orientuar nga problemet mund të jetë e përshtatshme. Shpesh do të lindë nevoja të përshtatet marrja e historisë shëndetësore me disa faktorë si: shqetësimet dhe problemet e pacientit; qëllimet tuaja për vlerësim; mjedisi klinik (në shtëpi ose në kujdesin parësor); dhe kohën në dispozicion.

Njohja e përmbajtjes dhe rëndësisë së të gjithë komponentëve të historisë gjithëpërfshirëse shëndetësore, lejon të zgjidhen ato elemente që janë më të dobishme për adresimin e shqetësimeve të pacientëve në kontekste të ndryshme [2].

Komponentët e historisë gjithpërfshirëse të shëndetit tek të rriturit	
Të dhënat identifikuese	- Të dhënat identifikuese si mosha, gjinia, profesioni, statusi civil - Burimi i historisë, zakonisht është pacienti, por mund të jetë familjar, mik, dokumenti i referimit ose kartela mjekësore.
Besueshmëria (siguria)	Ndryshon sipas kujtesës, besimit dhe humorit të pacientit
Ankesat kryesore	Një ose disa simptoma ose shqetësime që bëjnë pacientin të kërkojë vizitë
Sëmundjet aktuale	- Përfshin ankesën kryesore; përshkruan se si është zhvilluar çdo simptomë - Përfshin mendimet dhe ndjenjat e pacientit për sëmundjen - Mund të përfshijë medikamente, alergji, zakone si pirja e duhanit dhe alkoolit, të cilat janë shpesh të lidhura me sëmundjen aktuale
Historia e kaluar	- Liston Sëmundjet që në fëmijëri - Liston sëmundjet e të rriturve me data për të paktën katër kategori: mjekësore; kirurgjikale; obstetrike/gjinekologjike dhe psikiatrike - Imunizimet, testet e kontrollit shëndetësor, stilit të jetesës dhe kushtet e jetesës në shtëpi
Historia familjare	- Përshkruan moshën dhe shëndetin, ose moshën dhe shkakun e vdekjes, të vëllezërve, prindërve dhe gjyshërve - Dokumenton praninë ose mungesën e sëmundjeve specifike në familje, si hipertensioni, sëmundjet e arterieve koronare etj.
Historia personale dhe sociale	Përshkruan nivelin arsimor, origjinën e familjes, familjen aktuale, interesat personale dhe stili i jetesës

Komponentët e historisë gjithpërfshirëse shëndetësore strukturojnë historinë e pacientit dhe formatin e të dhënave me shkrim, por rendi i treguar më lart nuk duhet të diktojë vazhdimësinë e intervistës. Zakonisht intervista do të jetë më e rrjedhshme duke ndjekur edhe udhëzimet dhe sugjerimet e pacientit.

❖ Ndryshimi midis të dhënave subjektive dhe objektive.

Njohja e dallimeve midis të dhënave subjektive dhe ato objektive ndihmojnë në arsyetimin klinik dhe të grumbullimit të informacionit rreth pacientit.

Ndryshimet midis të dhënave subjektive dhe objektive	
Të dhëna subjektive	Të dhëna objektive

Të dhënat subjektive janë ato të dhëna që referon pacienti. Historia me përshkrimin e ankesave nga pacienti. <i>Shembull:</i> Zonja B është 55 vjeç dhe ankon për rëndesë në anën e majtë të krahavorit, e cila i përhapet në qafë dhe në krahun e majtë.	Të dhënat objektive janë ato informacione që merren gjatë ekzaminimeve si dhe të gjitha gjetjet nga ekzaminimi fizik. <i>Shembull:</i> Zonja B është një adult, mbipeshë e cila është person i dashur dhe bashkëpunuese. TA 160/80, Puls 96 dhe i rregullt, frekuencë respiratore 24, afebrile.
---	--

INFORMACIONI FILLESTAR

- **Data dhe ora e historisë.**

Data është gjithmonë e rëndësishme. Këshillohet dhe dokumentimi në mënyrë rutinë të kohës kur kryhet vlerësimi i pacientit, veçanërisht në rastet urgjente ose spitalore.

- **Të dhënat identifikuese.**

Këto përfshijnë moshën, gjininë, statusin civil dhe profesionin. *Burimi i historisë* ose referimi mund të jetë pacienti, një anëtar i familjes ose mik ose përfaqësues ligjor.

- **Besueshmëria**

Ky informacion duhet të dokumentohet nëse është i përshtatshëm. *Për shembull*, "Pacienti është i paqartë kur përshkruan simptomat dhe nuk mund të specifikojë detaje." Ky gjykim pasqyron cilësinë e informacionit të dhënë nga pacienti dhe zakonisht bëhet në fund të intervistës. [2]

ANKESAT KRYESORE

Përpikuni të citoni vetë fjalët pacientit. *Për shembull*, "Më dhemb barku dhe ndjehem keq". Ndonjëherë ka raste kur pacienti nuk ka ankesa të dukshme por, përsëri do të duhet të raportohet qëllimi i vizitës. *Për shembull*, "Kam ardhur për kontrollin tim të radhës"

SËMUNDJET AKTUALE

Ky seksion i historisë është një përshkrim i plotë, i qartë dhe kronologjik i problemeve që e shtynë pacientin të kërkojë kujdes. Shpjegimi nga pacienti (të dhënat subjektive) duhet të përfshijë fillimin e problemit, kushtet në të cilat është zhvilluar, manifestimet e tij dhe trajtimin.

Simptomat kryesore duhet të karakterizohen mirë, me përshkrime si:

1. vendodhja
2. cilësia
3. sa e rëndë është (niveli i ashpërsisë)
4. koha, duke përfshirë fillimin, kohëzgjatjen dhe shpeshtësinë
5. kushtet në të cilat ndodh
6. faktorët që e përkeqësojnë ose lehtësojnë simptomat

7. manifestimet e lidhura.

Këto shtatë attribute janë të shumë të rëndësishme për të kuptuar simptomat e pacientit. Informacione të tjera janë shpesh të rëndësishme, të tilla si faktorët e riskut për sëmundje të arterieve koronare në pacientët me dhimbje gjoksi, ose medikamentet aktuale në pacientët me sinkop. Sëmundja aktuale duhet të zbulojë përgjigjet e pacientit ndaj simptomave të tij dhe çfarë efekti ka pasur sëmundja në jetën e pacientit. Të dhënat rrjedhin spontanisht nga pacienti, porështë detyra e personelit ti organizojë.

Pacientët shpesh mund të kenë më shumë se një ankesë ose shqetësim. Secili shqetësim meriton kohën e tij dhe një përshkrim të plotë.

Medikamentet duhet të shënohen duke përfshirë emrin, dozën, rrugën dhe shpeshtësinë e përdorimit. Gjithashtu listohen medikamentet pa recetë, vitaminat, suplementet minerale ose bimore, kontraceptivët oralë. Ide e mirë është t'u kërkon pacientëve të sjellin të gjitha medikamentet e tyre në mënyrë që të kuptohet saktësisht se çfarë marrin. **Alergjitë**, duke përfshirë reagimet specifike ndaj çdo medikamenti, të tilla si skuqe të lëkurës ose nauze, duhet të regjistrohen, si dhe alergjitë ndaj ushqimeve, insekteve ose faktorëve mjedisorë. Vini re **përdorimin e duhanit**, duke përfshirë llojin e përdorur. Cigaret shpesh raportohen sa paketa ose cigare në ditë për sa vite (një person që ka pirë 1 paketë e gjysëm në ditë për 12 vjet ka një histori 18-vjeçare). Nëse dikush e ka lënë duhanin, para sa kohësh. **Përdorimi i alkoolit dhe drogës** duhet gjithmonë të hetohet ose mund të përfshihen gjithashtu në Historinë Personale dhe Sociale.

HISTORIA E KALUAR

Sëmundjet e fëmijërisë, të tilla si fruthi, rubeola, shytat, kolla e mirë, ethet reumatizmale, apo poliomieliti mund të përfshihen në historinë e kaluar. Gjithashtu përfshihet çdo sëmundje kronike që nga fëmijëria.

Duhet të merret informacion në lidhje me sëmundjet në secilën nga katër fushat:

- Mjekësore: Sëmundje të tilla si diabeti, hipertensioni, hepatiti, astma HIV etj; shtrimet në spital, numri dhe gjinia e partnerëve seksualë.
- Kirurgjikale: Datat, indikacionet dhe llojet e operacioneve
- Obstetrik/Gjinekologjik: Historia obstetrike, historia menstruale, metodat e kontracepsionit dhe funksionit seksual
- Psikiatrike: Lloji i sëmundjes dhe koha, diagnozat, shtrimet në spital dhe trajtimet.

Gjithashtu aspekte të tjera të kujdesit shëndetësor janë të rëndësishme si, imunizimet dhe testet e kontrollit. Për imunizimet, pyetet nëse pacienti ka marrë vaksinat e tetanozit, pertusin, difterisë, poliomiellit, fruthit, rubeolës, shytave, gripit, varicelës, hepatitit B, hemofilus influenza tip B dhe pneumokokun. Për testet e kontrollit rishikohen testet e tuberkulinsës, Pap testet, mamografitë, testet i gjak okult në feçe dhe testet e kolesterolit, së bashku me rezultatet dhe kur janë kryer për herë të fundit. Nëse pacienti nuk e di këtë informacion, mund të nevojitet leje me shkrim për të marrë të dhënat e vjetra mjekësore [2].

HISTORIA FAMILJARE

Në Historinë Familjare, përshkruhet moshë dhe shëndeti i familjarëve, si dhe shkakun e vdekjes të ndonjë nga të afërmit, duke përfshirë prindërit, gjyshërit, motrat, vëllezërit. Pyeten dhe regjistrohet nëse ndonjë nga sëmundjet e mëposhtme është prezente në familje si: hipertensioni, sëmundje të arterieve koronare, hiperkolesterolemi, paraliza cerebrale, diabet, sëmundje të tiroides, renale, tumore (specifikoni llojin), artrit, tuberkuloz, probleme të pulmoneve, kriza epileptike, sëmundje mendore, vetëvrasje, varësi nga alkooli ose droga si dhe alergjitë.

HISTORIA PERSONALE DHE SOCIALE[2]

Historia personale dhe sociale përfshin personalitetin dhe interesat e pacientit, mënyrën si përballon jetën, pikat e forta dhe frikrat e ndryshme. Po ashtu përfshin profesionin, kushtet ose mardhëniet në punë dhe në familje, niveli i stresit për momentin ose në të kaluarën. Përvoja të rëndësishme të jetës si, eksperiencë e punës, gjendja financiare dhe pensioni, aktivitetet në kohën e lirë, besimi fetar si dhe aktivitetet e jetesës së përditshme. Historia personale dhe sociale përcjell gjithashtu zakone të stilit të jetesës që promovojnë shëndetin si aktiviteti fizik dhe dieta, duke përfshirë shpeshtësinë e aktiviteteve fitike, dieta, suplemente ose kufizime; përdorimi i kafes, çajit dhe pijeve të tjera që përmbajnë kafeinë. Për ta bërë pacientin të ndihet sa më i qetë mund të përdoren pyetje personale dhe sociale.

TË DHËNAT SIPAS SISTEMEVE[2]

Pyetjet sipas sistemeve të organizmit mund të zbulojnë probleme që pacienti i ka anashkaluar, veçanërisht në fusha që nuk lidhen me sëmundjen aktuale. Problemet e rëndësishme shëndetësore, të tilla si një sëmundje e rëndë e mëparshme ose vdekja e një prindi, kërkojnë eksplorim të plotë. Informacionet në lidhje me sistemet e trupit mund të bëhen edhe gjatë ekzaminimit fizik, duke pyetur për veshët, për shembull, teksa i ekzaminon ato. Nëse pacienti ka vetëm disa simptoma, ky kombinim mund të jetë efikas. Më poshtë janë renditur një seri pyetjesh standarde për vlerësimin e organizmit në tërësi:

Pyetje të përgjithshme: Pësia e zakonshme dhe ndryshime të peshës kohët e fundit, p.sh. ndryshimet në veshje më të ngushta ose më lirshme se më parë. Dobësi, lodhje e përgjithshme, temperaturë etj.

Lëkura: Skuqje, puçrra, plagë, kruajtje, thatësi, ndryshime në ngjyrë; ndryshime në flokë ose thonjtë; ndryshime në madhësinë ose ngjyrën e nishaneve.

Koka, sytë, veshët, hunda dhe fyti: *Koka:* Dhimbje, trauma të kokës, marramendje. *Sytë:* Shikimi, syzet ose lentet e kontaktit, ekzaminimi i fundit, dhimbje, skuqje, lotim i tepërt, shikim i dyfishtë ose i paqartë, njolla ose shenja në sy, glaukoma, katarakt. *Veshët:* dëgjimi, zhurma në vesh, vertigo, dhimbje veshi, infeksion, rrjedhje. Nëse ka probleme me dëgjimin, përdor ose jo aparat dëgjimi.

Hunda dhe sinuset: Ftohjet e shpeshta, hundët e bllokuara, rrjedhje ose kruajtje, gjakderdhje nga hunda; probleme me sinuset.

Goja dhe Fyti: Gjendja e dhëmbëve dhe gingivave, nëse ka proteza dhe si përshtaten, ekzaminimi i fundit dentar, ngjyra e gjuhës, goje e thate, dhimbje dhe ngjirje të zërit.

Qafa: Gjëndrat limfatike të fryra, dhimbje ose ngurtësime të qafës, strumë.

Gjinjtë: Masa ose gjëndra, dhimbje, sekrecione nga gjiri, praktikat e vetë-ekzaminimit.

Sistemi respirator: kollë, sekrecione (ngjyra, konsistenca, sasia), hemoptizi, dispne, pleurit, radiografia e fundit e krahavorit. Mund të përfshihen pyetje për asthmën, bronkitin, emfizemën, pneumoninë dhe tuberkulozin.

Sistemi kardiovaskular: Probleme me zemrën (aritmia), hipertension, ethe reumatizmale, dhimbje ose diskomfort në krahavor, palpitacione, dispne, ortopne, edemë, rezultatet e EKG të kaluara ose testeve të tjera kardiovaskulare.

Sistemi gastrointestinal: Probleme me gjëllitjen, refluks ose urth, ulje e oreksit, të vjella ose nauze. Prania e peristaltikës, ngjyra dhe konsistenca e jashtëqitjeve konstipacion, diarre, hemorroide. Dhimbje abdominale, intolerancë ushqimore, ikter, probleme me heparin apo kolecistën, hepatit.

Sistemi urinar: Frekuenca e urinimit, poliuria, nokturia, djegie ose dhimbje gjatë urinimit, hematuria, infeksion urinar, kolika renale, gurë në veshka, kolika ureterale, suprapubike, inkontinencë, tek meshkujt ulje ose pengese e fluksit të rrjedhjes së urinës, urinim me pika ose ndalesë.

Organet gjinore: Pacientët meshkuj: Hernie, plagë në penis, dhimbje ose masë në testikuj, dhimbje ose edemë të skrotumit, histori e sëmundjeve seksualisht të transmetueshme dhe trajtimet e tyre. Zakonet seksuale, interesi, funksioni, kënaqësia, përdorimi i kontraktivëve dhe problemet.

Pacientet femra: Mosha kur ka filluar ciklin menstrual, rregullsia, shpeshtësia dhe kohëzgjatja, fluksi, gjakderdhje jashtë ciklit ose pas marrëdhënieve seksuale, mosha e menopauzës, dismenorrea; tensioni premenstrual, ciklin i fundit menstrual. Mosha në menopauzë, simptomat e menopauzës, prania e hemoragjisë pas menopauzës. Sekrecione vaginale, kruajtje, plagë, gjëndra ose masë, sëmundje seksualisht të transmetueshme dhe trajtimet. Numri i shtatëzanive, numri dhe lloji i lindjeve, numri i aborteve (spontane dhe të induktuara), komplikimet gjatë shtatëzanisë, metodat e kontrollit të lindjes. Preferenca seksuale, interesi, funksioni, kënaqësia, çdo problem, përfshirë dispareuninë.

Sistemi vaskular periferik: Klaudikacion intermitent, krampe në këmbë; venat me vena varikoza, histori tromboze në vena në të kaluarën, edeme e artikulacioneve ose në këmbë, ndryshimi i ngjyrës nga majat e gishtave ose këmbëve gjatë kohës së ftohtë, ndryshim të temperaturës normale të këmbës, më e nxehtë ose më e ftohtë.

Sistemi muskuloskeletal: Dhimbje muskujsh ose artikulacionesh, trauma, ngurtësim, artriti, dhe dhimbje shpine. Nëse artriti është i pranishëm, përshkruhet vendndodhja e nyjeve ose muskujve të prekur, çdo ënjtje, skuqje, dhimbje, butësi, ngurtësim, dobësi ose kufizim të lëvizjeve ose aktivitetit, përfshirë kohën

e simptomave (p.sh., në mëngjes ose në mbrëmje) dhe kohëzgjatjen. Dhimbje të qafës ose të shtyllës kurrizore.

Sistemi psikiatrik: Nervozizëm, tension, ndryshime të humorit, duke përfshirë depresionin, ndryshimin e kujtesës, përpjekjet për vetëvrasje etj. [2]

Sistemi neurologjik: Ndryshime në humor, vëmendje ose të folur; ndryshime në orientim, kujtesë, njohuri ose gjykim; dhimbje koke, marramendje, vertigo; të fikët, konvulsione, dobësi, paralizë, mpirje ose humbje të ndjeshmërisë, ndjesi shpimi, dridhje ose lëvizje të tjera të pavullnetshme.

Sistemi hematologjik: Anemi, hematoma ose hemoragji e lehtë, transfuzione të kaluara, reaksione transfuzioni.

Sistemi endokrin: Probleme me gjëndrën tiroide, intolerancë ndaj nxehtësisë ose të ftohtit, djersitje e tepërt, etje ose uri e tepruar, poliuri, ndryshim në madhësinë e dorezave ose të këpucëve. [2]

Disa shembuj të teknikave jo të duhura gjatë marrjes së historisë:

- Bërja e pyetjeve "pse" dhe "si".
- Bërja e pyetjeve në formë hetuese.
- Përdorimi i gjuhës së papërshtatshme ose teknike.
- Dhënia e këshillave.
- Dhënia e sigurisë false.
- Ndryshimi i temës ose ndërprerja.
- Përdorimi i përgjigjeve me hamendësime.
- Dhënia e miratimit ose marrëveshjes jashtë kompetencave.
- Arritja në konkluzione para kohe.
- Përdorimi i përgjigjeve mbrojtëse.
- Bërja e pyetjeve jo të drejtpërdrejta por, që hamendësojnë.
- Biseda sociale: pacienti pret të ekspert profesionist [3].

Emri. _____ Mbiemri _____
Data _____

Pyetësi gjithëpërfshirës i historisë së shëndetit të pacientit të rritur

Arsyeja e vizitës:

Shqetësime të tjera?

Si do ta vlerësonit shëndetin tuaj? (qarko një): **Shumë mirë / Mirë /**
Mjaftueshëm / Keq

Ju lutemi rendisni specialistët shëndetësor që ju vizitoni rregullisht:

MEDIKAMENTET: Shkruani listen e medikamenteve që jeni duke përdorur. Kjo përfshin edhe vitaminat, suplementet, kontrceptivet dhe medikamente që nuk janë përshkruar nga mjeku (Paracetamol, Ibuprofen etj).

Medikamentet	Doza	Sa here në ditë?

Alergji ose intolerancë nga medikamentet?

☐ **Nuk ka**

(Nëse po, nga se dhe çfarë lloj reaksioni?)

IMUNIZIMI: Vendorsni vitin (nëse e di) të vaksinave që keni marre.

Tetanoz (Td) _____ Tetanoz me pertus (Tdap) _____

Varicella (Lija) vaksinë ose ke kaluar sëmundjen _____

Pneumokok _____ Influenza (Gripi) _____ Hepatiti A _____

Hepatiti B _____ FRP _____ Meningiti _____

Testet rutinë:

Lipidet
(kolesterol) Data _____ Resultatet nëse I dini _____

Colonoscopy (qarkoni) Data
(viti) _____

Normal? ☐ Jo ☐ Po

Polyp? ☐ Jo ☐ Po

**Vetëm
gratë:**

Mamogramë	Data e fundit _____	Normal?	☐ Jo	☐ Po
Pap Smear test	Data e fundit _____	Normal?	☐ Jo	☐ Po
Densiteti i kockës	Data e fundit _____	Normal?	☐ Jo	☐ Po

HISTORIA MJEKËSORE PERSONALE: A keni tani apo keni pasur në të kaluarën ndonjë nga problemet e mëposhtme?

Problemet	Tani	Në të kaluarën	Komente
Abuzim alkoli / droge			
Allergji			
Anemi			
Ankth			
Arthrit (Rheumatoid)			
Arthrit (Osteoarthritis)			
Asthma			
Probleme urinare/ veshkave			
Trombozë në këmbë			
Trombozë në mushkri			
Transfusione gjaku			
Gjëndër beninje në gji			
Kancer gjiri			
Kancer i zorrës së trashë			
Kancer lloj tjetër			
Kancer në vezore			
Kancer prostate			
Katarakt			
Variçela (lija)			
Sëmundje të arterieve koronare			
Depresion			
Diabet			
Divertikulit			
Emfizemë (COPD)			
Fraktura			Ku?
Probleme të tëmthit			
Refluks gastroezofageal (urth)			
Glaukoma			
Gastroesophageal Reflux (Heartburn/GERD)			
Glaucoma			
Probleme gjinekologjike Endometrioze			
Probleme gjinekologjike të tjera			

Infarkt të zemrës			
Hepatit A			
Hepatit B			
Hepatit C			
Hipertension			
Kolesterol i lartë			
Sindromë i zorrës së irrituar			
Probleme të veshkave, pamjaftueshmëri			
Gurë në veshka			
Probleme të mëlçisë			
Dhimbje koke (migrenë)			
Osteoporozë			
Pneumoni			
Zmadhim, noduse të prostatës			
Kriza epileptike			
Probleme të lëkurës (ekzema, psoriazis, nishane,			
Apnea e gjumit			
Ulçer stomaku			
Goditje në tru			
Probleme me tiroiden			
Të tjera			

HISTORIKU I PROÇEDURAVE KIRURGJIKALE – Ju lutemi selektoni çdo procedurë kirurgjikale dhe në komente çdo gjetje anormale, detaje ose komplikacione.

Procedura kirurgjikale	Po	Viti	Komente
Kirurgji abdominale (barku)			
Angiogram (zemër)			
Angiogram (vaskulare)			
Apendektomy (heqje e apendixit)			
Kirurgji e shtyllës kurrizore			
Biopsi (vendi i marrjes në koment)			
Biopsi gjiri			Qarko Majtas,Djathta Të dy
Kirurgji gjiri			Qarko ,Majtas,Djathta Të dy
Katarakt			
Colonoscopy			
Bypass të koronareve			
Stent në koronare			
Lindje me kirurgji			
Endoskopy e Stomakut			
Heqje e tëmthit			Laparoscopy
Kirurgji të zemrës përveç bypass			
Kirurgji e legenit			
Hysterectomy (parciale, pa hequr ovaret)			
Hysterectomy (total, përfshirë ovaret)			
Kirurgji e gjurit			
LEEP Kirurgji e qafës së uterusit			

Kirurgji të qafës			
Heqje e ovareve			Qarko, Majta Djathta Të dy
Sigmoidoscopy			
Kirurgji e sinuseve			
Tonsilectomy			
Ligatim të tubave			
Vazectomy			
Të tjera			

☐ Qarko kutinë nëse nuk keni asnjë histori të sëmundjeve të rëndësishme mjekësore.

☐ Qarko kutinë nëse nuk keni pasur kurrë ndonjë procedurë ose operacion mjekësor.

HISTORIA FAMILJARE

Tregoni se cili nga të afërmit ka pasur sëmundjet e mëposhtme (prindërit, vëllezërit dhe motrat janë më të afërt). Shkruani numrin e vëllezërve dhe motrave në kutitë përkatëse. Nëse disa vëllezër janë gjallë dhe disa të vdekur, përdorni hapësirën në të djathtë për të shpjeguar më tej.

	Nëna	Babai	Motra	Vëllezër	Gjyshja nga nëna	Gjyshja nga babai	Gjyshi nga nëna	Gjyshi nga babai	Listoni moshat në diagnozë dhe nëse dihet dhe nëse ky ishte shkaku i vdekjes
Gjallë									
Vdekur									
Mosha e vdekjes									
Sëmundjet									
Hipertension									
Hiperlipidemi									
Infarkt miokardi (probleme të arterieve koronare)									
Diabet Tip II adult									
Kancer gjiri									
Kancer i colonit									
Kancer prostate									
Osteoporosis									
Depresion									
Abuzim akoli/ Droge									
Alzheimer									
Asthma									
Sëmundje autoimune									
Hemorragji									
Ç'rregullime koagulimi									
Kancer mushkrie									
Kancer, Ovarian									
Kancer, tjetër									

Diabet Tip I									
Emfizema (COPD)									
Probleme gjentike (shpjego)									
Glaukoma									
Probleme të zemrës (të tjera)									
Hepatit B ose C									
Frakturë të legenit									
Hypotiroidizëm									
Probleme të veshkave									
Goditje në tru									
Vdekje e papritur nga zemra									
Të tjera									

PROBLEME SHËNDETËSORE:

Përdorimi i duhanit: (rretho)?

Puro, Cigare, Çibuk

☐ Asnjëherë ☐ Po

Ekspozimi ndaj tymit (dytësor)

☐ Jo ☐ Po

(Nëse nuk keni përdorur kurrë duhan, mund të kaloni te seksioni i Përdorimit të Alkoolit më poshtë)

Duhanpirës aktual: Paketat/ditë:
_____ nr i viteve: _____

Ish duhanpirës: Data e lënies: _____

Përafërsisht sa paketa/ditë keni pirë duhan?

Sa vite keni pirë duhan? _____

Përdorimi i alkoolit:

A pini alkool? ☐ Jo ☐ Po

Nr. i pijeve/javë: _____

☐ birrë ☐ verë ☐ pije alkoolike

Sa herë në një vit keni pirë > 3 pije/ ditë (për gratë) >4 pije (për meshkuj) në ditë?

Përdorimi i drogës:

A keni përdorur ndonjëherë droga?

☐ Jo ☐ Po

Nëse po, cilat? _____

Keni hequr dorë nga cilat?

☐ Të gjitha _____

A përdorni aktualisht? _____

Historiku social:

Emri që preferoni të përdorim kur ju kontaktojmë

Me kë jetoni:

☐ Vetëm ☐ Bashkëshorti/partneri ☐ Fëmijët
☐ Kafshë shtëpiake (çfarë lloji)
_____ ☐ Të tjera (shokët e dhomës, familje, etj.)

Aktiviteti seksual:

A jeni i përfshirë seksualisht: ☐ Jo aktualisht
☐ Asnjëherë ☐ Po

Partneri/partnerët seksualë

është/janë/kanë qenë/mund të jenë:

☐ mashkull ☐ femër

Metoda e kontrollit të lindjes ose parandalimi i SST:

☐ Nuk nevojitet ☐ Kontraceptiv ☐ Tableta
☐ IUD ☐ Diafragma ☐ Vazektomi ☐ Lidhja e
tubave ☐ Metodë tjetër _____

Të tjera:

Keni shërbyer në ushtri? ☐ Jo ☐ Po

Transfuzion gjaku? ☐ Jo ☐ Po

Ekspozim ndaj kimikateve toksike në punë?
☐ Jo ☐ Po

Ekspozim ndaj kimikateve toksike gjatë
aktiviteteve të ndryshme? ☐ Jo ☐ Po

Dieta:

A ndiqni një dietë të veçantë? ☐ Jo ☐ Po

vegjetarian, vegan, pa gluten, të tjera

Ushtrimi fizik: A ushtroheni rregullisht? ☐ Po
☐ Jo Nëse po, çfarë lloj ushtrimi?

Sa kohë (minuta)? _____ Sa
shpesh? _____

Në 2 javët e fundit: A jeni ndjerë të
dëshpëruar, në depresion apo i pashpresë?

☐ Jo ☐ Po [4]

A keni interes apo kënaqësi për të bërë
gjëra? ☐ Jo ☐ Po

Historiku socio-ekonomik:

Profesioni _____

Nëse nuk punoni aktualisht, jeni:

☐ pensionist ☐ i papunë ☐ me pushime ☐
invalid ☐ shtëpiak ☐ të tjera

Statusi civil : ☐ beqar ☐ partner ☐ martuar ☐
divorcuar ☐ i/e ve

Emri i bashkëshortit/bashkëshortes/
partnerit

Numri i fëmijëve: _____

Moshat (nëse janë të mitur): _____

Arsimi: ☐ shkollë e mesme ☐ fillore ☐ i lartë
☐ tjetër _____

Për pacientet femra:

Numri i shtatëzanive: _____

Numri i lindjeve: _____

Numri i aborteve: _____

Mosha kur ka filluar cikli menstrual _____

Mosha në menopauzë/ histerektomi: _____

A keni shqetësime në lidhje me
mensturacionet ose menopauzën që
dëshironi të diskutoni? ☐ Jo ☐ Po

Sa ditë është cikli menstrual?

Çdo _____ ditë. Sa ditë zgjat? _____
ditë.

Referenca

1. Taking a patient history: the role of the nurse. PubMed.gov
2. Pocket Guide for Nursing Health Assessment: A Best Practice Approach by Sharon Jensen
3. https://www.researchgate.net/publication/5610987_A_guide_to_taking_a_patient's_history
4. <https://www.sutterhealth.org/pdf/provider-forms/comprehensive-adult-new-patient-health-history.pdf>

3

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Njohin elementët e ekzaminimit fizik gjithëpërfshirës
- ☐ Përshkruajnë katër mënyrat e ekzaminimit fizik gjatë një vlerësimi nga koka te këmbët

Çfarë është ekzaminimi fizik?

Ekzaminimi fizik është një proces i mbledhjes së të dhënave objektive dhe subjektive bazuar në historinë shëndetësore dhe ekzaminim nga koka te këmbët. Një vlerësim i saktë fizik kërkon një qasje të organizuar dhe sistematike duke përdorur teknikat e inspektimit, palpimit, perkusionit dhe auskultimit. Gjithashtu kërkohet një marrëdhënie besueshmërie midis infermieres dhe pacientit për të minimizuar nivelin e stresit që pacienti mund të ketë nga ekzaminimi fizik dhe i pambrajtur. Pacienti do të jetë shumë më i qetë dhe bashkëpunues nëse i shpjegohet se çfarë do të bëhet dhe arsyen pse është e nevojshme.

Ekzaminimi fizik duhet të përshtatet në varësi të pacientit, mund të jetë një vlerësim i plotë fizik, vetëm i një sistemi të trupit ose ekzaminim i një pjese të vetme të trupit.

Qëllimet e ekzaminimit fizik:

- Mbledhja e të dhënave objektive nga pacienti
- Zbulimi i hershëm i problemeve
- Për të marrë të dhëna që do ta ndihmojnë në vendosjen e diagnozës infermiere.
- Të përcaktojë statusin shëndetësor dhe të referojë pacientin për konsultime të mëtejshme

Përgatitja e pacientit për ekzaminim fizik.

1. Krijoni një raport pozitiv infermier/pacient.
2. Shpjegoni pacientit qëllimin e ekzaminimit fizik.
3. Merrni aprovimin verbal të pacientit.
4. Siguroni një ambient të përshtatshëm për privatësinë dhe komoditetin e pacientit.
5. Ruani konfidencialitetin e informacioneve të marra.

Metodat e Ekzaminimit Fizik:

- Inspektimi
- Palpimi
- Perkusioni

➤ Auskultacioni

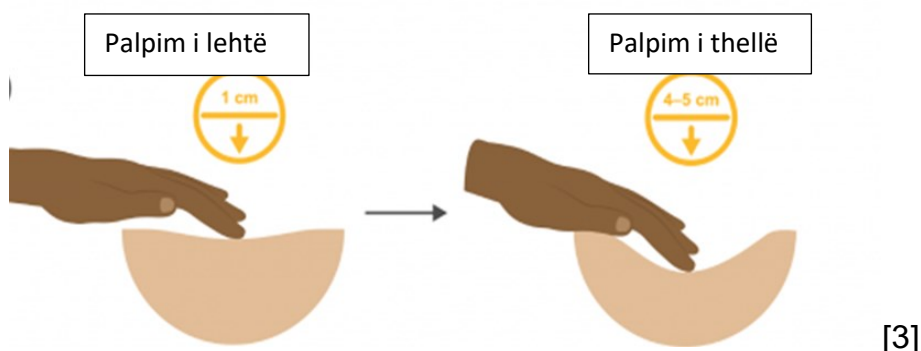
1. Inspektimi. Ekzaminimi vizual quhet inspektim. Ky duhet të jetë një proces i vazhdueshëm dhe sistematik gjatë gjithë vlerësimit. Gjatë inspektimit nevojitet jo vetëm shqisa e të parit por edhe shqisa e nuhatjes dhe dëgjimit. Proçesi i inspektimit vizual kërkon ekspozimin e plotë të pjesës së trupit që inspektohet dhe ndriçimin adekuat. Infermieri shpesh përdor inspektimin vizual për të vlerësuar elasticitetin, ngjyrën, madhësinë, simetrinë dhe strukturën e sipërfaqes të trupit. Inspektimi mund të kombinohet me teknikat e tjera të vlerësimit. P.sh. inspektimi i sistemit respirator tek një pacient me frekuencë respiratore 36 dhe thonjtë cianotikë do të rezultojë në një pacient me takipne apo deri në hipoksi. Kjo do të kërkojë një vlerësim të mëtejshëm të sistemit respirator.

Nuhatja

Ndjesia e nuhatjes nga infermieri jep informacion jetik për gjëndjen shëndetësore të pacientit. P.sh. era karakteristike e frutave na bën të mendojmë për ketoacidozë diabetike.

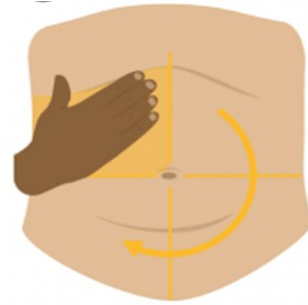
2. Palpimi. Ekzaminimi me prekje në mënyrë terapeutike quhet palpacion. Për palpim zakonisht mund të përdoren mollëzat e gishtave për shkak të mbaresave nervore që i bëjnë shumë të ndjeshëm në prekje. Para se të filloni me palpimin siguroni një higjenë adekuate të duarve ose përdorimin e dorezave kur ekziston risku për kontaminim me lëngjet e trupit. Duart duhet të jenë të ngrohta për të shmangur tendosjen apo tkurrjen e muskujve. Pjesë të ndryshme të duarve përdoren për ndjesi të ndryshme të tilla si temperatura, struktura e lëkurës, dridhjet, butësia, etj. Për shembull, pjesa dorsale e dorës përdoret për temperaturën, mollëzat e gishtave përdoren për strukturën e lëkurës, prezencën e masave, pulsën, edemën si dhe formën, madhësinë, pozicionin, lëvizshmërinë dhe konsistencën e organeve.[2]

Ekzistojnë dy mënyra të palpimit: palpimi i lehtë dhe i thellë



[3]

Palpim i lehtë; kryhet para palpimit të thellë. Ky është një palpim sipërfaqësor deri në 1 cm thellësi, delikat dhe i butë duke përdorur majat e gishtave të dorës. Për një palpim të lehtë dhe komfort infermieri vendos gishtat e dorës dominuese paralelisht me sipërfaqen e lëkurës dhe shtyp butësisht duke lëvizur dorën në mënyrë rrethore. Nga palpimi i lehtë mund të merret informacion mbi elasticitetin dhe strukturën e lëkurës, praninë e një mase të madhe apo likidi.



[3]

Palpim i thellë; zakonisht nuk bëhet gjatë një ekzaminimi rutinë dhe kërkon aftësi shumë të mira praktike pasi mund të dëmtohen organet e brendshme. Zakonisht nuk indikohet te pacientët me dhimbje abdominale akute ose dhimbje që ende nuk janë diagnostikuar. Palpimi mund të arrijë në një thellësi prej 4 deri në 5 cm.

Palpimi i thellë mund të kryhet me një ose dy duar (bimanualisht). Në palpimin e thellë bimanual, infermieri vendos dorën dominante ashtu si për palpim të lehtë dhe mbi pjesën dorsale vendos mollëzat e tre gishtave të dorës tjetër. Dora e sipërme ushtron presion, ndërsa dora e poshtme mbetet e relaksuar për të perceptuar ndjesinë prekëse. Ky ekzaminim mundëson informacion për pozicionin e organeve, praninë e masave, madhësinë, formën, lëvizshmërinë e tyre, dhe zonat që pacienti ka diskomfort (dhimbje). [3]



3. Perkusioni quhet ekzaminimi i trupit nëpërmjet goditjes me dorë ose gishta duke krijuar fenomene akustike tinguj apo dridhje. Perkusioni ndihmon në përcaktimin e kufijve, formën dhe pozicionin e organeve. Gjithashtu përcakton prezencën e ajrit, likidit apo ngurtësime. Dy janë llojet e perkusionit: direkte dhe indirekte.

Në goditje direkte, infermieri godet zonën e duhur drejtpërdrejt me majat e dy, tre ose katër gishtave ose me majën e gishtit të mesit. Goditjet janë të shpejta dhe

lëvizja kryhet nga kyçi i dorës. Kjo teknikë përdoret përgjithësisht në ekzaminimin e sinuseve.

Goditja indirekte përdoret për ekzaminimin e pulmoneve dhe abdomenit. Në këtë teknikë, gishti i mesëm i dorës jodominuese referohet si pleksimetër,

duke e vendosur vetëm pjesën distale interfalangeale mbi pjesën që do ekzaminohet. Me gishtin e mesit të dorës dominante të quajtur pleksor, goditet pleksimetri. Lëvizja duhet të jetë e fortë dhe e shpejtë me një kohëzgjatje shumë të shkurtër. Një infermier duhet të arrijë të njohë ndryshimin midis një perkusioni normal apo jo normal. [2]

Nga perkusioni mund të prftohen pesë lloje tingujsh: i sheshtë, i shurdhët, rezonant, hiperezonant dhe timpanik.

Tingulli i sheshtë është një tingull jashtëzakonisht i butë i prodhuar nga inde shumë të dendura, si muskujt ose kockat.

Tingulli i shurdhët është një tingull i prodhuar nga inde të dendura si hepari, lien i ose zemra.

Tingulli rezonant është një tingull i zbrazët që mund të krijohet nga pulmonet e mbushura me ajër.

Tingulli hiperrezonant nuk haset në një trup normal. Mund të dëgjohet mbi një pulmon emfizematoz.

Tingulli timpani është një tingull muzikor ose si një daulle, i prodhuar nga një stomak i mbushur me ajër.

Tingujt e përftuar nga perkusioni përshkruhen sipas intensitetit, toni, kohëzgjatjes dhe cilësisë së tij

Tabela e mëposhtme jep një shpjegim të tingujve të dëgjuar nga perkusioni. [1]

Tingulli	Intensiteti	Toni	Kohëzgjatja	Cilësia	Vendodhja
I Sheshtë	I butë	I lartë	E shkurtër	Shumë i heshtur	Muskuj, kocka
I Shurdhët	I mesme	I mesëm	Mesatare	I mbytur	Hepar, zemër
Rezonant	I lartë	I ulët	E gjatë	I zbrazët	Pulmon normal
Hiperrezonant	Shumë i lartë	Shumë i ulët	Shumë e gjatë	Si buçitje	Pulmon emfizematoz
Timpani	I lartë	I lartë (muzikor)	Mesatare	Muzikor	Stomak i mbushur me ajër

4. Auskultacioni është procesi i dëgjimit të tingujve të emetuar brenda organizmit. Mund të jetë direkt ose indirekt. Auskultimi direkt kryhet duke

përdorur veshin pa ndihmën e mjeteve të tjera. Auskultimi indirekt kryhet duke përdorur një stetoskop, i cili transmeton tingujt të tilla si: zhurmat e pulmoneve, peristaltikës, zemrës dhe presionit të gjakut. Stetoskopi përbëhet nga tubi fleksibël, kufjet, binauralet, diafragma dhe këmbana. Diafragma transmeton tinguj me zë të lartë si tingujt bronkialë. Këmbana transmeton më së miri tinguj me tonalitet më të ulët, siç janë tingujt e zemrës. Kufjet e stetoskopit duhet të vendosen lehtësisht në vesh me drejtim për nga jashtë, sipas kanalit të jashtëm të veshit.

Tingujt e dëgjuar përshkruhen sipas tonalitetit, intensitetit, kohëzgjatjes dhe cilësisë së tyre.

- Tonaliteti është frekuenca e dridhjeve (numri i dridhjeve për sekondë). Tingujt me tonalitet të ulët, të tilla si disa tinguj të zemrës, kanë më pak dridhje në sekondë se tingujt me tonalitet të lartë, siç janë tingujt bronkialë.
- Intensiteti (amplituda) i referohet fortësisë ose butësisë së një tingulli. Disa tingujt janë me intensitet të lartë, si tingujt bronkialë që dëgjohen nga trakea. Tingujt normalë të respiracionit kanë intensitet të butë.
- Kohëzgjatja e një tingulli është gjatësia e tij (e gjatë ose e shkurtër).
- Cilësia është një përshkrim subjektiv i një tingulli p.sh, fishkëllimë, gurgullimë ose kërcitje. [1]

EKZAMINIMI FIZIK GJITHËPËRFSHIRËS PËR TË RRITUR [4]

- **Vështrim i përgjithshëm.** Vëzhgohet gjëndja e përgjithshme shëndetësore e pacientit, gjatësia, pesha, qëndrimi (postura), aktiviteti motorik dhe ecja, veshja, shprehjet e fytyrës së pacientit, ndikimin dhe reagimet ndaj personave dhe ambjentit që e rrethon. Mënyra e të folurit si dhe nivelin e vetëdijes. *(Kjo është në vazhdimësi të vlerësimit dhe marrjes së historisë)*
- **Shenjat vitale.** Presioni i gjakut, pulsi, respiracioni dhe niveli i oksigjenimit, temperaturën.
- **Lëkura.** Vëzhgohet lëkura e fytyrës dhe karakteristikat e saj. Identifikohet çdo lezion, duke vënë në dukje vendndodhjen, shpërndarjen, llojin dhe ngjyrën e tyre. Inspektoni dhe palponi flokët dhe thonjtë. Studioni duart e pacientit. Vlerësimi i lëkurës vazhdon duke ekzaminuar pjesët e tjera të trupit. *(Pacienti qëndron ulur në anë të shtratit ose pranë tavolinës së ekzaminimit, përveçse në rastet ku ky pozicion është kundërlindikuar. Ju duhet të qëndroni përpara pacientit, duke lëvizur në secilën anë sipas nevojës.*
- **Koka, sytë, veshët, hunda dhe fyti. Koka:** Ekzaminohen flokët, skalpi, kafa dhe fytyra. **Sytë:** Kontrollon aftësinë dhe fushat vizuale. Vini re pozicionin dhe shtrirjen e syve, qepallat dhe inspektohet sklerat dhe konjunktivën e secilit sy. Me ndriçim të zhdrejtë, inspektoni çdo korne, iris dhe lente. Krahason pupilat dhe provohet reagimin e tyre

ndaj dritës. Vlerësoni lëvizjet ekstraokulare. Me një oftalmoskop, inspektoni fundus okuli. **Veshët:** Inspektohen aurikulat, kanalet dhe membranat timpanike. Kontrollohet niveli i dëgjimit. **Hunda dhe sinuset:** Inspektohet pjesa e jashtme duke përdorur një dritë dhe një spekulum nazal, inspektohet mukoza e hundës, septumin dhe conchae nazale. Palpohet për ndjeshmërinë e sinuseve frontale dhe maksilarëve. **Fyti** (ose goja dhe faringu): Inspektohen buzët, mukoza e gojës, gingivat, dhëmbët, gjuha, nofullat, tonsilat dhe faringun. *(Dhoma duhet të jetë e errët për ekzaminimin oftalmoskopik. Kjo nxit zgjerimin e pupilës dhe dukshmërinë e fundusit.)*

- **Qafa.** Inspektohet dhe palpohen nyjet limfatike të qafës. Vërehet për çdo masë ose pulsime të pazakontë në qafë. Inspektohet për devijim të trakesë. Observohet zëri dhe respiracioni i pacientit. Inspektoni dhe palponi gjëndrën tiroide. *(Qëndroni prapa pacientit të ulur, për të ndjerë gjëndrën tiroide dhe për të ekzaminuar shpinën, toraksin nga prapa dhe mushkëritë.)*
- **Pjesa e pasme(shpina).** Inspektohet dhe palpohet shtylla kurrizore dhe muskujt e shpinës.
- **Gjinjtë dhe aksilat.** Tek gratë inspektohet dhe palpohet gjiri me krahët e relaksuar në disa pozicione. Në dy sekset inspektohen aksilat dhe noduset limfatike. [4]
- **Toraksi dhe pulmonet.** Inspektohet, palpohet dhe perkutohet toraksi. Auskultohet në rrugët respiratore për tinguj dhe zhurma jonormale.
- **Sistemi kardiovaskular.** Inspektohen pulsime të venave jugulare në dy anët. Inspektohen dhe palpohen pulset karotide. Auskultohen për zhurma të arterieve karotide. Inspektohet vendndodhjen, amplituda dhe kohëzgjatjen e pulsit apikal. Auskultohet apeksi në kufirin e poshtëm të sterniumit me këmbanën e stetoskopit si dhe çdo pjesë tjetër e toraksit me diafragmën e stetoskopit. Çdo infermier duhet të arrijë të dallojë një zhurmë normale nga ajo jonormale. *(Pozicionohet pacienti në 30° nëse është në shtrat për ekzaminimin kardiovaskular. Pacienti rrotullohet pjesërisht në anën e majtë ndërsa auskultohet apeksi. Për pjesën tjetër të zemrës pacienti duhet të jetë në pozicion shtrirë, ndërsa për të dëgjuar zhurmat e regurgitimit të aortës duhet të ulet i përkulur para.*
- **Abdomeni** vlerësohet me inspektim, auskultim dhe me perkusion. Palpimi i abdomenit fillon lehtësisht, pastaj vazhdohet në palpim më të thellë. Bëhet vlerësimi i heparit dhe lienit me perkusion dhe më pas me palpim. Aorta palpohet për të ndjerë pulsime të saj. Nëse dyshohet për probleme të veshkave mund të kryhet ekzaminimi me goditje në pjesën e pasme në këndet kostovertebrale. *(Për këtë ekzaminim pacienti duhet të qëndrojë në pozicion shtrirë në shpinë).*
- **Ekstremitetet e poshtme.** Ekzaminohen këmbët, duke vlerësuar tre sisteme ndërsa pacienti është ende në pozicion shtrirë në shpinë. Secili

prej këtyre tre sistemeve mund të vlerësohet më tej kur pacienti qëndron në këmbë.

■ *Sistemi vaskular periferik*. Palpohen pulset femorale dhe popliteale. Palpohen nyjet limfatike inguinale. Inspektohet për edema, ndryshime të ngjyrës ose ulçera të ekstremiteteve të poshtme. Palpohet për të përcaktuar stadin e edemës nëse është prezente.

■ *Sistemi muskuloskeletor*. Inspektohet artikulacionet për deformime dhe ënjtje. Nëse indikohet, palpohen atikulacionet dhe kontrollohet për lëvizshmërinë.

■ *Sistemi nervor*. Vlerësoni muskujt e mëdhenj të ekstremiteteve të poshtme, tonifikimin dhe forcën. Vlerësoni gjithashtu ndjesinë dhe refleksët. Inspektoni çdo lëvizje jonormale. [4]

Kur pacienti qëndron në këmbë

■ *Sistemi vaskular periferik*. Inspektohet për vena varikoza

■ *Sistemi muskuloskeletor*. Ekzaminohet shtylla kurrizore dhe gama e lëvizjeve të saj, këmbët dhe shputat.

■ *Organet gjenitale dhe herniet tek meshkujt*.

■ *Sistemi nervor*. Inspektohet mënyra e ecjes me shputa, aftësia për të ecur mbi majat e gishtave të këmbëve dhe me thembrat, si dhe për të kërcyer në vend.

- ***Sistemi nervor***. Në fund të ekzaminimit mund të bëhet edhe ekzaminimi i plotë i sistemit nervor. Ai përbëhet nga pesë elementet e përshkruara më poshtë: statusi mendor, nervat kraniale (përfshirë ekzaminimin e fundus okulit), sistemin motorik, sistemi i ndjeshmërisë dhe refleksët.

Statusi mendor. Nëse indikohet dhe nuk është mbuluar gjatë marrjes së historikut, vlerësohet orientimi i pacientit, humori, procesi i të menduarit, perceptimet jonormale, gjykimi, kujtesa dhe vëmendja, fjalori, aftësitë llogaritëse, të menduarit abstrakt dhe aftësia konstruktive.

Nervat e kranialë. Vlerësohet shqisa e nuhatjes, forca e muskujve temporalë, refleksët e kornesë, lëvizjet e fytyrës, refleksin e gojës dhe forcën e muskujve trapezius dhe sternomastoid.

Sistemi motorik. Vlerësohet pjesa më e madhe e muskujve, tonifikimi dhe forca e grupeve të muskujve.

Sistemi ndjeshmërisë. Vlerësohet në përcaktimin e dhimbjes, temperaturës, prekje të lehtë, dridhje. Krahasonet ana e djathtë me të majtën dhe pjesa distale me zonat proksimale të gjymtyrëve.

Refleksët. Përfshirë bicepsin, tricepsin, brachioradialin, patellar, refleksi i tendinit të Akilit dhe refleksët plantare ose refleksi Babinski.

- ***Ekzaminimi rektal tek meshkujt***. Inspektohen zonat sakrokoksigeale dhe perianale. Palpohen anusi, rektumi dhe prostata.

- ***Ekzaminimi genital dhe rektal tek femrat.*** Ekzaminohen organet e jashtme genitale, vaginën dhe cerviksin e uterusit. Meret material për Pap test. Palpuhet uterusit për praninë e ndonjë mase. [4]

Referenca

1. Physical Examination Techniques: A Nurse's Guide by Jennifer Lapum, Michelle Hughes, Oona St-Amant, Wendy Garcia, Margaret Verkuyl, Paul Petrie, Frances Dimaranan, Mahidhar Pemasani, and Nada Savicevic
2. Journals.lww.com.Nursing 2022 Assessing patients effectively
3. <https://www.medmastery.com/guide/abdominal-examination-clinical-guide> (figurat)
4. PCM Guidebook for History Taking and Physical Exam, revised final, 9-20-17.pdf

4

ARSYETIMI KLINIK. VLERËSIMI DHE PLANI

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Përcaktojnë procesin e arsyetimit klinik
- ☐ Identifikojnë elementët e arsyetimit klinik
- ☐ Përshkruajnë veprimet e arsyetimit klinik, vlerësimit dhe planin infermieror (studim rasti)

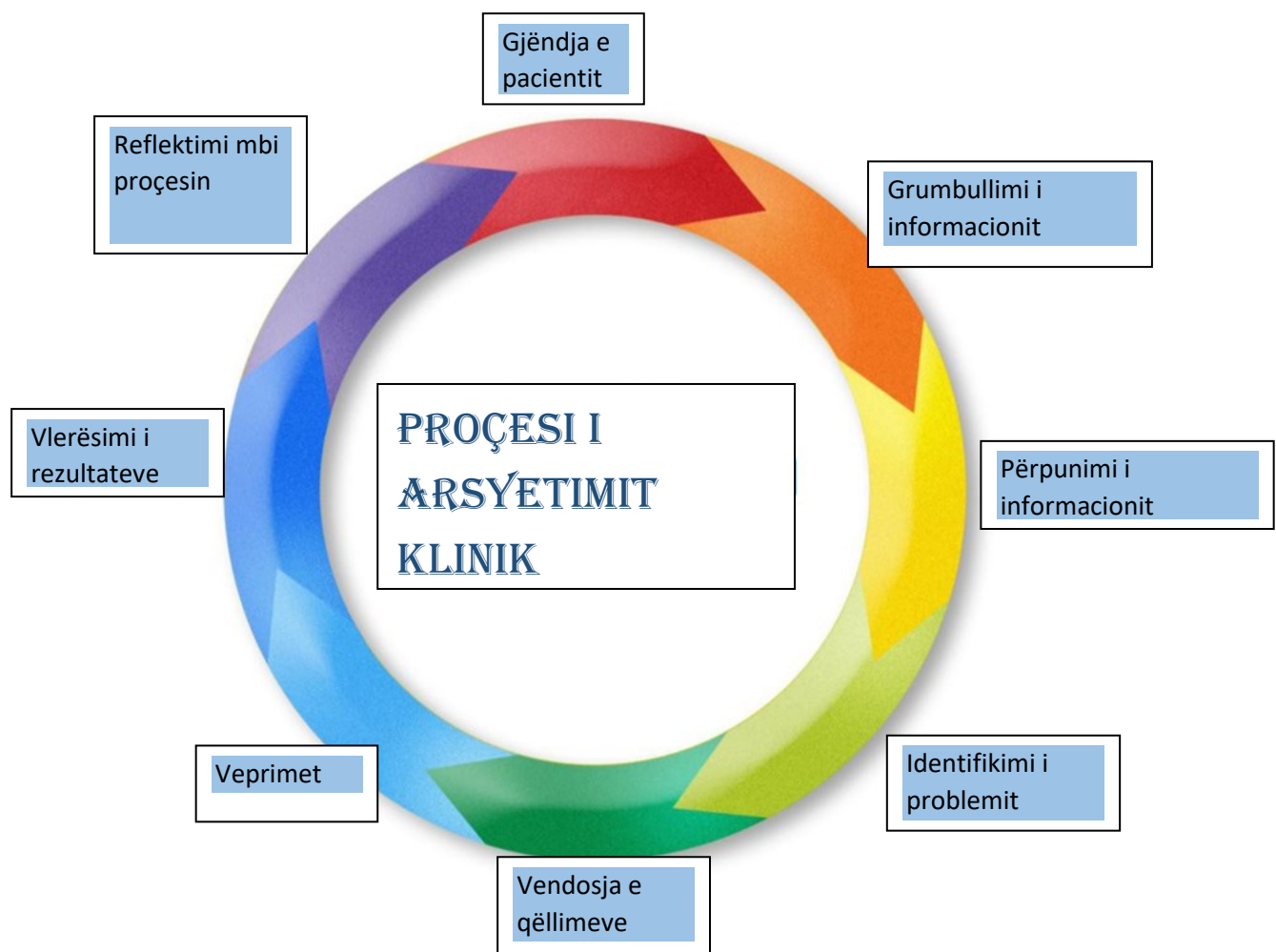
Çfarë është arsyetimi klinik?

Në literaturë termat arsyetim klinik, gjykim klinik, zgjidhja e problemeve, vendimmarrja dhe mendimi klinik shpesh përdoren në mënyrë të ndërsjellë. Termin arsyetim klinik përdoret për të përshkruar procesin me të cilin infermierët mbledhin, përpunojnë informacionin dhe arrijnë të kuptojnë një problem ose situatë të pacientit. Planifikojnë, zbatojnë ndërhyrjet dhe vlerësojnë rezultatet.[1]

Proçesi i arsyetimit klinik

Një diagram i paraqitjes së arsyetimit klinik është paraqitur më poshtë. Në këtë diagram cikli fillon në orën 12:00 dhe lëviz në drejtim të akrepave të orës. Rrethi përfaqëson natyrën e vazhdueshme dhe ciklike të ndërhyrjeve klinike dhe rëndësinë e vlerësimit dhe reflektimit. Ekzistojnë tetë hapa ose faza kryesore në ciklin e arsyetimit klinik. Megjithatë, dallimet ndërmjet fazave nuk janë të qarta. Ndërsa arsyetimi klinik mund të ndahet në hapat e: vështirimit, grumbullimit, proçesimi, vendosjes, planit, veprimit, vlerësimit dhe reflektimit në realitet, fazat bashkohen dhe kufijtë midis tyre shpesh nuk janë të qarta. [2] Ndërkohë që janë mbledhur të dhënat nga historia gjithpërfshirëse, është përfunduar ekzaminimi fizik dhe keni fituar besimin e pacientit tuaj, është arritur në arsyetimin klinik të formulimit të Vlerësimit dhe Planit në vazhdimësi. Është detyra e infermierit të analizojë gjetjet dhe identifikojë problemet e pacientit. Për më tepër, duhet të bashkëpunohet me pacientin në lidhje me pështypjet, duke u siguruar që ai ose

ajo të kuptojë dhe të pajtohet me hapat në vazhdimësi. Së fundi, duhet të dokumentohen gjetjet në dosjen e pacientit në një format të përmbledhur dhe të kuptueshëm. Dokumentimi duhet të jetë i qartë dhe i mirë organizuar, për komunikimin e historisë së pacientit, arsyetimin klinik dhe planin, me anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor. Të dhënat gjithëpërfshirëse që janë mbledhur, si subjektive (historia, çfarë ka thënë pacienti ose familja) dhe objektive (ekzaminimi fizik dhe testet laboratorike), përbëjnë elementët thelbësorë të bazës së të dhënave të pacientit. [1]



Pasi përzgjidhen dhe grumbullohen pjesët më të rëndësishme informacioni, analizohen kuptimet e tyre të mundshme dhe shpjegohen ato në mënyrë logjike duke përdorur parimet e shkencës biopsikosociale dhe biomjekësore. Vlerësimi dhe Plan i përfshijnë përgjigjet e pacientit ndaj problemeve të identifikuara dhe ndaj planit diagnostikues dhe terapeutik. Një plan me sukses kërkon aftësi të

mira ndërpersonale dhe ndjeshmëri ndaj synimeve të pacientit, anën ekonomike, interesat dhe përgjegjësitë si dhe strukturën e familjes.

Një dokumentim i mirë organizuar lehtëson arsyetimin klinik, promovon komunikimin dhe koordinimin mes profesionistëve, identifikon problemet dhe menaxhimin e tyre për qëllime mjekësore.

Më poshtë janë renditur një sërë parimesh që qëndrojnë në themel të procesit të arsyetimit klinik dhe disa hapa të qartë për të ndihmuar në drejtimin e të menduarit ndërkohë që analizohet informacioni i përpiluar. Si me të gjithë pacientët, përqendrohuni në gjetjen e përgjigjeve për pyetjet "Çfarë nuk shkon me këtë pacient?" "Cilat janë problemet dhe diagnozat?" Për të arritur këto përgjigje, ndiqni hapat e diskutuar më poshtë.

Identifikimi i Problemeve dhe vendosja e diagnozave:[3]

Hapat e arsyetimit klinik

- Identifikim i gjetjeve jonormale
- Lokalizimi anatomik i gjetjeve
- Interpretimi i gjetjeve
- Hidhen hipoteza për natyrën e problemit të pacientit
- Testohet për hipotezat dhe vendoset një diagnozë funksionale
- Zhvillohet një plan i pranueshëm për pacientin

- **Identifikimi i gjetjeve jonormale.** Formuloni një listë me simptomat e pacientit, shenjat që janë vënë re gjatë ekzaminimit fizik dhe raportet laboratorike që mund të jenë në dispozicion.
- **Lokalizimi anatomik i gjetjeve.** Ky hap mund të jetë i lehtë dhe i thjeshtë. Simptoma e dhimbjes së fytit dhe shenjat e një faringu të skuqur eritematoz, për shembull, e lokalizojnë qartë problemin në faring. Simptoma të tjera, megjithatë, mund të paraqesin vështirësi në përcaktim. Dhimbja e gjoksit, për shembull, mund të ketë origjinën nga arteriet koronare, stomaku dhe ezofag, ose muskujt dhe kockat e gjoksit. Nëse dhimbja është në sforcim fizik dhe lehtësohet nga pushimi, mund të përfshihen ose zemra ose përbërësit muskuloskeletal të toraksit. Nëse pacienti ka dhimbje vetëm kur mban pesha në krahun e majtë, kuptohet që problemi i mundshëm është sistemi muskuloskeletal. Kur bëhet lokalizimi i gjetjeve, duhet të jeni sa më specifik. Disa simptoma dhe shenja nuk mund të lokalizohen, të tilla si lodhja ose ethet, por janë të rëndësishme në hapat pasardhës.
- **Interpretimi i gjetjeve.** Problemet e pacientit shpesh vijnë si rezultat i një procesi patologjik të trupit. Ekzistojnë një sërë procesesh të tilla, të klasifikuara në mënyrë të ndryshueshme, duke përfshirë ato të lindura, inflamatore ose infektive, imunologjike, neoplazike, metabolike, nutricionalë, degjenerative, vaskulare, traumatike dhe toksike. Shkaqet e

mundshme patologjike të dhimbjes së kokës, për shembull, përfshijnë tronditje nga trauma, hemorragji subaraknoidale, apo shtypje nga një tumor i trurit. Temperatura dhe qafa e ngurtësuar, ose ngurtësia nukale, janë dy nga shenjat klasike të dhimbjes së kokës nga meningiti. Edhe pa shenja të tjera si puçrrat, ato sugjerojnë se një proces infektiv po ndodh. Probleme të tjera janë pathfiziologjike, duke reflektuar çrregullime të funksioneve biologjike, të tilla si insuficienca kardiake ose dhimbje koke migrene. Probleme të tjera janë psikopatologjike, të tilla si çrregullimet e humorit, si depresioni ose dhimbja e kokës si shprehje e një çrregullimi të somatizimit.

- **Hipoteza për natyrën e problemit të pacientit.** Këtu kryesisht do të mbështeteni në njohuritë dhe eksperiencën që është fituar. Derisa të fitoni njohuritë dhe përvojën e duhur, mund të mos jeni në gjendje të zhvilloni hipoteza shumë specifike, por vazhdoni aq sa mundeni me të dhënat dhe njohuritë që keni. Hapat e mëposhtëm mund të jenë ndihmë:
 1. Përzgjidhen gjetjet më specifike dhe kritike për të mbështetur hipotezën tuaj. Për shembull, nëse pacienti ankon "dhimbje koke, më e keqja në jetën e vet", nauze dhe të vjella, e shoqëruar me ndryshime të statusit mendor, papiledemë dhe meningizëm, mund të ndërtohet një hipotezë për presion të rritur intrakranial. Nuk mund dyshohet për ç'rregullime gastrointestinale. Megjithatë simptomat e tjera janë të ngjashme për diagnostikim, ato janë shumë më pak specifike.
 2. Duke përdorur konkluzionet tuaja në lidhje me sistemet dhe proceset e përfshira, përshtatni gjetjet me të gjitha kushtet që mund t'i krijojnë ato. Për shembull, me papiledemën mund të përputhen një listë kushtesh që ndikojnë në presionin intrakranial. Ose mund të krahasohen shenjat dhe simptomat që lidhen me dhimbjen e kokës me gjendjet e ndryshme infektive, vaskulare, metabolike ose neoplazike që mund të shfaqin këtë lloj klinike.
 3. Eliminimi i diagnozave të mundshme që nuk arrijnë të shpjegohen nga gjetjet. Për shembull, për dhimbjen e kokës mund të konsiderohen shkaqe të ndryshme.
 4. *Shqyrtohen mundësitë dhe zgjidhet diagnoza më e mundshme në varësi të gjëndjes së pacientit, e cila mund të jetë përgjegjëse për gjetjet e pacientit. Kërkohet një përputhje të ngushtë midis paraqitjes klinike të pacientit me një gjëndje tipike të caktuar. Të dhënat e tjera ndihmojnë gjithashtu në këtë përzgjedhje. Probabiliteti statistikor i një sëmundjeje të caktuar në pacient të një moshe të caktuar, gjinie, grupi etnik, zakone, stili i jetesës duhen marrë parasysh në zgjedhjet që bëhen. Për shembull merret parasysh mundësia e osteoartritit dhe kanceri metastatik i prostatës tek një burrë 70-vjeçar me dhimbje shpine por, jo tek një grua 25-vjeçare me të njëjtën ankesë. Koha e sëmundjes së pacientit gjithashtu bën një ndryshim. Dhimbja e kokës në kushtet e temperaturës, skuqjes dhe qafa rigide që zhvillohet*

papritur brenda 24 orëve sugjeron një problem krejtësisht të ndryshëm nga dhimbja e përsëritur e kokës gjatë një periudhe vitesh të shoqëruar me stres, nauze dhe të vjella që lehtësohen nga pushimi.

5. *Vëmendje e veçantë i kushtohet rasteve potencialisht kërcënuese për jetën dhe të trajtueshme si meningiti, endokarditi bakterial, embolia pulmonare ose hematoma subdurale. Në keto raste bëhet çdo përpjekje për të mos humbur shenjat tipike të pranishme pasi do të ishte fatale për pacientin. Një rregull i rëndësishëm që gjithmonë duhet të përfshihet "skenari më i keq" në listën e diagnozave diferenciale dhe të siguroheni që e keni përjashtuar këtë mundësi bazuar në vlerësimin e pacientit dhe gjetjet tuaja.*
- **Testohen hipotezat .** Për të testuar hipotezën që mund të jetë mund të jetë e nevojshme për histori të mëtejshme, teeste shtesë në ekzaminimin fizik, ose teste laboratorike ose radiologjike për të konfirmuar ose përjashtuar diagnozën e mundshme. Kur diagnoza duket e qartë - një infeksion i thjeshtë i rrugëve të sipërme respiratore ose një rast urtikarie, për shembull - këto hapa mund të mos jenë të nevojshme.
 - **Vendoset një diagnozë funksionale.** Kjo duhet të realizohet në një nivel shumë të lartë qartësie dhe sigurie në bazë të të dhënave. Mund të kufizoheni në një simptomë, të tillë si "dhimbje koke tensioni, shkak i panjohur". Megjithëse diagnoza mjekësore bazohet kryesisht në identifikimin e shkaqeve specifike që rezultojnë në ndryshimet anormale, shpesh hasen pacientë me ankesa jo shumë të qarta. Disa simptoma mund të jenë të papërfillshme ose përgjithësuese si "lodhja" ose "anoreksia". Mund të ketë probleme të tjera që lidhen më shumë me jetën e pacientit, sesa me trupin e tij. Ngjarje të tilla si humbja e një vendi pune apo një person i dashur rrit rrezikun e sëmundshmërisë. Identifikimi i këtyre ngjarjeve dhe ndihma e pacientit për të zhvilluar strategji përballuese janë po aq të rëndësishme sa menaxhimi i një dhimbje koke ose një ulçer duodenale.
 - **Zhvillimi i një plani të pranueshëm për pacientin.** Këtu duhet të identifikohet dhe dokumentohet një plan për çdo problem që paraqet pacienti. Planin duhet të ketë një rrjedhje llogjike në lidhje me problemet ose diagnozat që janë identifikuar si dhe do të specifikojë hapat që nevojiten në vazhdimësi. Këto hapa variojnë nga testet për të konfirmuar ose vlerësuar më tej diagnozën, tek konsultat për vlerësimin nga specialisti, ndryshimet në dozat e medikamenteve, deri tek organizimi i një takimi edhe me familjarët. Planin duhet t'i referohet diagnozës, terapisë dhe edukimit të pacientit. Përpara përfundimit të planit është e rëndësishme të diskutohet me pacientin vlerësimi dhe arsyetimi klinik për mendimin, shqetësimet dhe konsensusin e tij/saj për të vazhduar me ekzaminimet e tjera laboratorike ose vlerësimin e mëtejshëm. Marrëdhënia juaj me pacientin do të përmirësohet nëse pacienti është pjesëmarrës aktiv në planin e kujdesit.

Zhvillimi i vlerësimit dhe plani:[3]

Vlerësimi përkufizohet si gjykimi i efektivitetit të kujdesit infermieror për të përmbushur qëllimet e pacientit; në këtë fazë infermierja krahason përgjigjet e sjelljes së pacientit me qëllimet e paracaktuara dhe kriteret e rezultatit. Për shkak se vlerësimi zhvillohet në mendjen e personit klinik, procesi i arsytimit klinik shpesh duket i paarritshëm dhe madje misterioz. Infermieret me eksperiencë shpesh mendojnë shpejt, me koshiençë të plotë. Kjo mund të ndryshojë në varësi të mënyrës personale, aftësive komunikative, trajnimi klinik, eksperiencia dhe interesin. Disa infermiere mund ta kenë të vështirë të shpjegojnë mënyrën e të menduarit të tyre klinik. Proçesi i të menduarit fillon që në takimin me pacientin, jo në fund.

Vlerësimi është hapi i fundit i proçesit infermieror, është thelbësor për të përcaktuar nëse, pas aplikimit të proçesit infermieror, gjendja ose mirëqenia e pacientit përmirësohet. Rezultatet e pritshme janë standardet sipas të cilave infermieri gjykon nëse janë përmbushur qëllimet dhe rrjedhimisht nëse kujdesi është i suksesshëm.. Proçesi i vlerësimit do të përcaktojë efektivitetin e kujdesit, do të bëjë modifikimet e nevojshme dhe do të sigurojë vazhdimisht rezultate të favorshme për pacientin.

Kur hapni një kartelë pacienti, nuk duhet thjesht të rendisni historinë e pacientit dhe gjetjet fizike. Ju duhet të rishikoni dhe organizoni të dhënat, të vlerësoni rëndësinë e secilit element dhe të ndërtoni një raport të qartë, konçiz, por gjithëpërfshirës. Historia dhe simptomat e pacientit të shërbejnë si udhërrëfyes, ekzaminoni zonat e duhura të trupit dhe zbatoni hapat e arsytimit klinik për të thelluar njohuritë, gjykimin dhe aftësitë tuaja klinike.

Pyetjet e mëposhtme mund të ndihmojnë:

- ✓ A është informacioni i lehtë për t'u ndjekur, i rregullt dhe i kuptueshëm?
- ✓ A ka detaje të mjaftueshme, pozitive dhe negative, për të formuluar një Vlerësim dhe Plan?
- ✓ A ka përsëritje të tepërt të informacionit apo tepricë?
- ✓ Është toni profesional, duke shmangur komentet jomiratuese ose moralizuese?

Studimi Rasti

Zonja N është një grua e këndshme, 54-vjeçare. Ajo është e ve dhe punon shitëse në market.

Besueshmëria; duket e besueshme (koshiente) për ankesat e saj.

Ankesa kryesore: “Më dhemb koka”.

Sëmundje aktuale, Prej rreth 3 muajsh, zonja N ka pasur probleme me dhimbjen e kokës në pjesën frontale. Dhimbja zakonisht është bifrontale, pulsuese, me intensitet mesatar deri në të rëndë. Asaj i është dashur të mos shkojë në punë, për shkak të naozeve dhe të vjellave. Dhimbja e kokës ndodh mesatarisht një herë në javë, zakonisht ka lidhje me stresin, dhe zgjat 4 deri në 6 orë. Lehtësohet nga gjumi dhe vendosja e një peshqiri të lagur mbi ballë. Ka pak lehtësim nga aspirina. Nuk ka ndryshime vizuale të lidhura, defiçite motor-sensore ose parestezi.

Dhimbjet e kokës me nauze dhe të vjella kanë filluar në moshën 15-vjeçare, u përsëritën gjatë mesit të 20-tave, më pas u rralluan në çdo 2 ose 3 muaj dhe pothuajse u zhdukën.

Pacientja raporton rritje të presionit në punë nga një shef i ri dhe kërkues; ajo është gjithashtu e shqetësuar për vajzën e saj pasi ajo është e ve.

Mendon se dhimbjet e kokës mund të jenë si ato në të kaluarën, por dëshiron të jetë e sigurt sepse, nëna e saj vdiq nga një goditje në tru. Ajo është e shqetësuar se nervozizmin e punës e transmeton edhe në familje. Ushqehet mirë dhe pi tre kafe në ditë dhe Cola gjatë natës.

- *Medikamentet.* Aspirinë, 1 deri në 2 tableta çdo 4 deri në 6 orë sipas nevojës. "Tableta për shkarkim" në të kaluarën për ënjtjen e kyçeve të këmbës por nuk ka më kohët e fundit.
- *Alergjitë.* Ampicilina i shkaktonte skuqje.
- *Duhani.* Rreth 1 paketë cigare në ditë që nga mosha 18.
- *Alkooli/droga.* Verë në raste të rralla. Asnjë drogë ilegale.

Historia e kaluar

Sëmundjet që në fëmijëri. Fruthi, Variçela.

Sëmundjet si adult. **Mjekësore:** Pyelonefrit, në moshën 25 vjeçe, me ethe dhe dhimbje në krahun e djathtë; trajtuar me ampicilinë dhe zhvilloi alergji me skuqje të përgjithësuar me kruajtje disa ditë më vonë. Raportet se ekzaminimeve të veshkave ishin normale; nuk ka përsëritje të infeksionit. **Kirurgjikale:** Tonsilectomy, mosha 6 vjeç, apendektomia, mosha 13 vjeç. **Obstetrikë/gjinekologji:** tre shtatëzani dhe tre lindje normale. Tre fëmijë gjallë. Menarche mosha 12 vjeç. Menstruacionet e fundit 6 muaj më parë. Pak interes për seks, dhe jo seksualisht aktiv. **Psikiatrike:** Asnjë.

Mirëmbajtja e Shëndetit. **Imunizimet** sipas kalendarit të imunizimit, vaksina e gripit çdo vit. **Testet rutinë:** Pap testi i fundit, para 2 vjetësh, normal. Nuk ka mamografi deri më sot.

Historia Familjare

Babai vdiq në moshën 43-vjeçare në një aksident treni. Nëna vdiq në moshën 67 vjeçare nga goditje në tru. Kishte vena varikoze dhe dhimbje koke. Një vëlla, 61 vjeç, me hipertension; një vëlla, 58 vjeç, i shëndetshëm me përjashtim të

artritit të lehtë. Bashkëshorti vdiq në moshën 54-vjeçare me infarkt kardiak. Vajza, 33 vjeç, me dhimbje koke migrene; djali, 31 vjeç, me dhimbje koke; djali, 27, pa probleme.

Nuk ka histori familjare të diabetit, tuberkulozit, sëmundjeve të zemrës ose veshkave, kancer, anemi, epilepsi ose sëmundje mendore.

Histori Personale dhe Sociale

Lindur dhe rritur në qytet, mbaroi shkollën e mesme, u martua në moshën 19 vjeç. Katër vjet më parë z. N vdiq papritur nga probleme kardiake, duke e lënë me pak kursime. Zonja N është zhvendosur në një apartament të vogël për të qenë pranë vajzës e cila ka probleme me bashkëshortin. Apartamenti i zonjës N tani është një strehë për vajzën dhe 2 fëmijët e saj, 6 dhe 3 vjeç. Znj. N ndihet përgjegjëse për t'i ndihmuar dhe ndihet e tensionuar dhe nervoze por e mbron depresionin. Ajo ka miq, por rrallë diskuton problemet familjare. Ajo zakonisht zgjohet në orën 7:00 të mëngjesit, punon nga 9:00 deri në 17:30.

Ushtrime dhe dietë. Kryen pak aktivitet fizik. Dietë e pasur me karbohidrate.

Kontrolli i sistemeve të trupit

Përgjithësisht. Ka shtuar rreth 5 kg paund në 4 vitet e fundit.

Lëkura. Nuk ka skuqje ose ndryshime të tjera.

Koka, sytë, veshët, hunda, fyti. Syze leximi për 5 vjet, kontrolluar për herë të fundit 1 vit më parë. Nuk ka simptoma.

Veshët: Dëgjimi mirë. Nuk ka tringëllimë në veshët, vertigo, infeksione.

Hunda, sinuset: Herë pas here ftohje të lehta. Nuk ka probleme me sinuset.

Fyt (goja dhe faringu): gjakderdhje nga gingivat kohët e fundit. Vizita e fundit tek dentisti 2 vjet më parë. Dhimbje të herëpashershme të kanineve.

Qafa. Nuk ka limfonoduj të zmadhuara, strumë, dhimbje.

Gjiri. Nuk ka masa, dhimbje, rrjedhje. Bën vetëkontroll të gjirit në mënyrë sporadike.

Respirator. Nuk ka kollë, fishkëllima ose vështirësi në frymëmarje. Radiografia e fundit para 5 vjetësh normale.

Kardiovaskulare. Asnjë sëmundje për tu shënuar; matja e fundit e tensionit arterial shumë kohë para. Nuk ka dispne, ortopne, dhimbje gjoksi, palpitacione. Nuk ka bërë kurrë elektrokardiogramë (EKG).

Gastrointestinal. Nuk paraqet probleme.

Urinare dhe gjendje. Normale

Vaskulare periferike. Venat varikoze u shfaqën në të dyja këmbët gjatë shtatzënisë së parë. Për 10 vjet, ka patur ënjtje të këmbëve pas qëndrimit të gjatë në këmbë; vesh çorape elastike të lehta. Pacientja shprehet se edhe kur

mernte diuretik nuk e ndihmonte shumë; nuk ka histori të flebitit ose dhimbjes në këmbë.

Muskulo-skeletore. Dhimbje e lehtë e shpinës, shpesh pas një dite të gjatë pune; dikur bënte ushtrime për shpinën, por jo tani. Nuk ka dhimbje të tjera kyçesh.

Neurologjike. Nuk ka humbur ndjenjat asnjëherë ose konvulsione. Kujtesa e mirë

Hematologjike. Përveç gjakderdhjes së gingivave, nuk ka shqetësime.

Endokrine. Nuk dihen probleme me tiroiden. Djersitja mesatare e moshës. Nuk ka simptoma apo histori diabeti.

Psikiatrik. Nuk ka histori depresioni ose trajtim për çrregullime psikiatrike.

Ekzaminimi fizik

Zonja N është një grua e shkurtër, me moshë mesatare, dhe u përgjigjet shpejt pyetjeve. Ajo është disi e tensionuar. Flokët e saj dhe veshja normale.

Shenjat vitale. Gjatësia 157 cm. Peshë 65 kg TA 164/98 mmHg, Pulsi 88 rrahje/min i rregullt. Respiracioni 18. SPO2 98%. Temperatura aksilë 36.3°C.

Lëkura. Palmat e ftohta dhe të lagura, por kanë ngjyrë të mirë. Thonjtë normale

Koka, sytë, veshët, hunda, fyti. **Koka:** Flokë me teksturë mesatare. Lëkura e kokës pa leziona, normocefalike/atraumatike. **Sytë:** Shikimi 20/30 në secilin sy. Konjuktiva rozë; sklera e bardhë. Pupila 4 mm zvogëlohen në 2 mm, të rrumbullakëta, të rregullta, po aq, reagojnë ndaj dritës. **Veshët:** Dylli errëson pjesërisht membranën timpanike të djathtë; kanali i majtë i pastër. Mprehtësia e mirë ndaj zërit të pëshpëritur. **Hunda:** Mukoza rozë, septumi në mes. Nuk ka ndjeshmëri të sinusit. **Goja:** Mukoza e gojës rozë. Mungojnë tonsilat. Faringu pa eksudat. **Qafa.** Qafa e lirë. Linja e mesme e trakesë. Isthmusi i tiroides mezi preket, lobet nuk ndjehen.

Toraksi dhe pulmonet. Toraks simetrik. Pulmonet rezonante. Frymëmarrja tingëllon vezikulare pa tinguj të shtuar.

Kardiovaskulare. Pulsi karotid i shpejtë dhe i plotë. Apikali i prekshëm me vështirësi në hapësirën e 5-të intercostale të majtë,

Gjinjtë. Simetrikë, pa masë, pa rrjedhje.

Barku. Obez. Cikatrice nga apendectomy, kuadranti i poshtëm i djathtë. Zorrët peristaltikë prezente. E vështirë palpimi i barkut për shkak të shtresave dhjamore.

Organet gjinore. Organet gjinore të jashtme pa leziona. Cerviksi rozë, dhe pa rrjedhje. Pap testi merret.

Rektale. Pa masa. Jashtëqitja ngjyrë kafe, negative për gjak okult.

Ekstremitetet. E ngrohta dhe pa edemë.

Vaskulare periferike. Gjurmë edemë në të dy kyçet e këmbës. Vena varikoze prezente *Musculoskeletal*. Nuk ka deformime të kyçeve. Gama e mirë e lëvizjes në duar, kyçet e duarve, bërrylat, shpatullat, shtylla kurrizore, gjunjët, kyçet e këmbës.

Neurologjike. Statusi mendor: e tensionuar, por vigjilent dhe bashkëpunues. Mendimi koherent. E orientuar më vendin dhe kohën.

Ndjeshmëria: normale.

VLERËSIMI DHE PLANI PËR Znj. N

1. Dhimbjet e kokës nga migrena. Një grua 54-vjeçare me dhimbje koke migrene që në fëmijëri, me një dhimbje pulsues, nauze dhe të vjella të shpeshta. Dhimbjet e kokës shoqërohen me stresin dhe lehtësohen nga gjumi dhe kompresat e ftohta. Nuk ka papiledema dhe nuk ka deficite motorike apo shqisore në ekzaminimin neurologjik. Diagnoza diferenciale përfshin dhimbje koke tensioni, e lidhur edhe me stresin, por nuk ka lehtësim me masazh dhe dhimbja është më shumë pulsuese. Nuk ka temperaturë, qafë rigide ose gjetje fokale që sugjerojnë meningitin dhe fakti që është e përsëritur gjatë gjithë jetës e bën të pamundur hemorragjinë subaraknoidale (zakonisht përshkruhet si "dhimbja më e keqe e kokës e jetës sime").

Plani:

- Diskutoni tiparet e migrenës ndaj dhimbjeve të kokës nga tensioni.
- Diskutoni për menaxhimin e stresit.
- Këshillojeni pacientin që të shmangë kafeinën, duke përfshirë kafën, colën dhe pijet e tjera të gazuara.
- Filloni NSAID (ibuprofen) për dhimbje koke, sipas nevojës.
- Nëse është e nevojshme vizitën tjetër, konsultohuni me mjekun për mjekim specifik, sepse pacienti ka më shumë se tre herë dhimbje migrene në muaj.

2. Tension i lartë i gjakut. Hipertensioni sistolik është i pranishëm

Mund të lidhet me obezitetin, gjithashtu me ankthin nga vizita e parë. Nuk ka tregues për dëmtime të organeve.

Plani:

- Diskutoni standardet për vlerësimin e presionit të gjakut.
- Rikontrolloni presionin e gjakut në 1 muaj, duke përdorur manshetë të njëjtë.
- Rishikoni analizën e urinës.
- Këshilloni programe për uljen e peshës dhe/ose ushtrime fizike.
- Reduktoni përdorimin e kripës.

3. Mbipesha. Pacienti 157 cm, peshon 65 kg . BMI është ~ 26.

Plani:

- Eksploroni historinë e dietës, kërkonti pacientin të mbajë shënime (ditarin) për marrjen e ushqimit.
- Shqyrtoni motivimin për të humbur peshë, vendosni objektivin për humbje peshe deri në vizitën tjetër.
- Planifikoni një vizitë me dietologun.
- Diskutoni programin e ushtrimeve, veçanërisht, ecjen 30 minuta të paktën tri herë në javë.

4. Stresi në familje. Vajza ka probleme me bashkëshortin; vajza dhe nipërit kërkojnë strehim në banesën e pacientes, duke krijuar mardhënie problematike. Pacientja gjithashtu ka kufizime financiare. Situata aktuale nën stres. Aktualisht nuk ka tregues për depresion.

Plani:

- Diskutoni pikëpamjet e pacientit mbi strategjitë për të përballuar burimet e stresit.
- Shqyrtoni burimet e mbështetjes, duke përfshirë shërbimet sociale për vajzën.
- Vazhdoni të monitoroni për depresion.

5. Dhimbje të herëpashershme muskuloskeletore të mesit. Zakonisht me e zgjatur kur qëndron në këmbë. Nuk ka histori traume apo aksidenti me automjet. Dhimbja nuk përhapet; nuk ka ulje të ndjeshmërisë ose deficite motorike në ekzaminim. Dyshime për komprimim i nervit ose diskut vertebral.

Plani:

- Rishikoni përfitimet nga humbja e peshës dhe ushtrimeve për të forcuar muskujt e shpinës.

6. Abuzimi me duhanin. Një paketë në ditë për 36 vjet.

Plani:

- Spirometri me peak flow meter.
- Paralajmëroni për efektet e rënda nga pirja e duhanit.
- Referoni pacienten për programe të mundshme për lënien e duhanit.
- Ofroni patch, (ngjitëse me përmbajtje nikotine) referim tek mjeku për trajtimin e abstinencës.

7. Vena varikoza, ekstremitetet e poshtme. Aktualisht nuk ka ankesa.

8. Historia e pielonefritit.

9. Alergjia ndaj ampicilinës. E shprehur me njolla të kuqe por jo reaksioni rëndë alergjik.

10. Kujdesi për shëndetin. Përsëritje e pap testit; nuk ka bërë kurrë mamografi.

Plani:

- Mësoni pacientes vetëkontrollin e gjirit; caktoni mamografinë.
- Programoni vizitën e radhës për pap-testin.
- Sugjeroni vizitë dentare për gingivitin e lehtë.

Referenca

1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17869587/>
2. Clinical reasoning, Instructor resources School of Nursing and Midwifery Faculty of Health, University of Newcastle
3. Bates guide to physical examination and history taking MCQs 8th edition

5

DOKUMENTIMI KLINIK CILËSOR

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Kuptojnë rëndësinë e dokumentimit të të dhënave klinike
- ☐ Identifikojnë elementët që përfshin dokumentimi cilësor
- ☐ Niveli i dokumentimit SOAP, SOAP II, PIA

Dokumentacioni dhe mbajtja e të dhënave është një pjesë vitale në praktikën infermiere. Cilësia dhe koordinimi i kujdesit ndaj pacientit varet nga komunikimi ndërmjet ofruesve të ndryshëm të kujdesit shëndetësor. Dokumentimi është një mjet komunikimi që lejon infermieret dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor të shkëmbejnë informacion në lidhje me kujdesin e pacientit. Pavarësisht se çfarë formati përdorni për të dokumentuar, dokumentacioni dhe kartela e pacientit janë dokumente zyrtare, ligjore që ofrojnë detaje rreth kujdesit shëndetësor dhe progresit të pacientit. Mund të ekzistojnë ndryshime në mënyrën se si ruhen të dhënat e pacientit dhe si dokumentoni, në varësi të kategorisë së pacientëve dhe popullsisë me të cilët punoni.[1]

Përkufizimi i Dokumentacionit

Dokumentacioni është çdo informacioni i një pacienti i shkruar ose i gjeneruar në mënyrë elektronike që përshkruan statusin, kujdesin ose shërbimet e ofruara për të. Përmes dokumentacionit, mund të komunikohen observimet, vendimet, veprimet dhe rezultatet e këtyre veprimeve për pacientin, duke demonstruar procesin infermieristik.

Dokumentimi është i rëndësishëm:

- Për komunikimin ndërmjet ofruesve të kujdesit shëndetësor
- Dokumentimi i qartë, i plotë dhe i saktë siguron që të gjithë ofruesit e kujdesit shëndetësor, përfshirë dhe klientin, të kenë akses në informacionin që u nevojitet për të planifikuar dhe vlerësuar kujdesin ndaj pacientit.
- Një test i mirë për të vlerësuar nëse dokumentimi është kryer në mënyrën e duhur, është të pyesni: “Nëse një koleg do të merrte përsipër këtë detyrë, kartela

e pacientit a përmban informacion të mjaftueshëm për të ofruar një kujdes kompetent dhe etik?”

➤ Për plotësimin e kushteve sipas legjislacionit përkatës

- Një dokumentim i vlefshëm tregon qartë se janë aplikuar në mënyrën e duhur njohuritë, aftësitë dhe gjykimi infermieror, në mardhënien infermier-pacient në përputhje me Standartet e Cilësisë, Rregulloren e Përgjithshme dhe Kodin e etikës profesionale për infermierët.

➤ Për përmirësimin e cilësisë

- Dokumentimi i qartë, i plotë dhe i saktë infermieror lehtëson iniciativat për përmirësimin e cilësisë dhe analizën e menaxhimit të rrezikut për pacientët, stafin dhe organizatat.

- Dokumentimi përdoret për të vlerësuar cilësinë e shërbimeve dhe përshtatshmërinë e kujdesit nëpërmjet auditimeve dhe rishikimeve të performancës.

➤ Për hulumtime

- Të dhënat shëndetësore shërbejnë si një burim i vlefshëm dhe kryesor për informacionet e reja të kujdesit shëndetësor. Lloji i hulumtimeve të mundësuar nëpërmjet informacionit të pacientit, mund të ndihmojë në përmirësimin e praktikës infermierore.

➤ Për dëshmi ligjore të kujdesit shëndetësor të ofruar.

- Kartela e pacientit është një dokument ligjor dhe mund të përdoret si provë në një gjykatë ose në një çështje ligjore.

- Gjykatat mbështeten në dokumentacionin si provë për atë që është bërë ose jo. Në përgjithësi, nëse nuk ishte e dokumentuar, nuk është bërë.

- Gjykatat mund të përdorin të dhënat e klientit për të rindërtuar ngjarjet, për të vendosur orën dhe datat, për të rifreskuar kujtesën e infermierit dhe verifikojnë dhe/ose zgjidhin konfliktet sipas dëshmisë.

- Dështimi për të përmbushur standardet e përcaktuara nga organi ligjor rregullator mund të rezultojë në masa disiplinore kundër jush. Dokumentimi jo i plotë gjithashtu mund të dëmtojë ose shkatërrojë mbrojtjen tuaj në një proces gjyqësor.[2]

Organizimi dhe dokumentimi i të dhënave të pacientit[3]

Një rekord klinik i qartë dhe i mirë organizuar është një nga detajet më të rëndësishme për kujdesin ndaj pacientit tuaj. Aftësia juaj në regjistrimin e historisë së pacientit dhe ekzaminimin fizik duhet të zhvillohet paralelisht me aftësitë për arsyetimin klinik dhe aftësinë tuaj për të formuluar Vlerësimin dhe Planin e pacientit. Qëllimi është një raport i qartë, koncëz, por gjithëpërfshirës që dokumenton gjetjet kryesore të vlerësimit të pacientit dhe komunikon problemet e pacientit në një format të përmbledhur dhe të lexueshëm tek anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor. Një dokumentim cilësor ofron të dhëna mbështetëse për problemet ose diagnozat e identifikuara.

Çfarë është dokumentimi cilësor?

Dokumentacioni cilësor nënkupton se elementet e procesit infermieror janë evidente në dokumentim. Nëse treguesit e cilësisë më poshtë arrihen gjatë një dokumentimi, kjo përbën një tregues që po punohet sipas Standarteve të Praktikës.

Çfarë duhet të përfshihet në dokumentim?

Treguesit e dokumentimit cilësor

- Pasqyron zbatimin e procesit infermieror duke përfshirë:
 - Vlerësimi, interpretimi i gjetjeve, diagnoza
 - Të dhënat subjektive dhe objektive.
 - Planin e kujdesit për pacientin, rrethanat, preferencat, vlerat, aftësitë dhe kultura dhe suporti i pacientit për menaxhimin e kujdesit për veten.
 - Implementimi i ndërhyrjeve
 - Vlerësimi dhe modifikimi i planit të kujdesit.
 - Kërkim kritik që përfshin të menduarit kritik dhe aftësitë e gjykitimit klinik.
 - Konsultimet dhe referimet, duke përfshirë emrin e plotë të ofruesit, Dokumentimi cilësor përfshin çdo komunikim me familjen ose përfaqësues ligjorë, edukimin shëndetësor ose mbështetjen psikosociale të ofruar dhe mënyrën e përdorur për të marrë konsensusin e nënshkruar nga pacienti. Përfshirja e këshillave shëndetësore telefonike të ofruara për pacientët është gjithashtu një aspekt i rëndësishëm i dokumentacionit cilësor.

Dokumentacioni cilësor përfshin:

- Mënyrën e përdorur për informimin e pacientit për të marrë pëlqimin e nënshkrimit të formularit të konsensusit.
- Informacioni i planifikimit, gjendja e pacientit, çdo këshillim ose edukim për vetëkujdesin dhe plani për takimin e radhës.
- komunikimi me familjen ose me persona të tjerë të rëndësishëm.
- Këshilla shëndetësore telefonike
- Edukimi shëndetësor dhe mbështetja psikosociale e ofruar

Përveç dokumentimit të qartë, konçiz dhe të saktë, ekzistojnë disa rregulla themelore të dokumentacionit.

1. Përdorni bojë permanente dhe shkrimi duhet të jetë i lexueshëm, Mund t'ju kërkohet të printoni informacionin. Kjo është një çështje për sigurinë e pacientit pasi shkrimi i palexueshëm mund të keqinterpretohet dhe kjo nuk sjell vlera në kujdesin e pacientit.
2. Mos lini asnjëherë hapësira bosh pasi mund të lejojë dikë të shtojë informacion të pasaktë
3. Ngjarjet duhet të regjistrohen në mënyrë kronologjike (ose në mënyrë sekuenciale dhe logjike).
4. Regjistroni datën dhe orën për çdo kontakt profesional (për të mbështetur komunikime të qarta, është më mirë të shkruani datën e plotë sipas ditës-muajt -vitit (p.sh. 9 mars 2022 në orën 20:10. JO: 09/3/22 në 8:10)
5. Dokumentoni në kohën e duhur, që do të thotë sa më afër kohës reale, në mënyrë që të sigurohet saktësia e detajeve dhe komunikimi në kohë me ekipin.

6. Mos bëni shënime para takimit ose kujdesit të ofruar. Informacioni i paracaktuar nuk është i besueshëm ose i përgjegjshëm.
7. Vendosni nënshkrimin dhe pozicionin tuaj në çdo hyrje si në formatin e shkruar me dorë ashtu edhe në atë elektronik (p.sh. Infermiere X). Kredencialet e arsimit janë fakultative.
8. Përdorni gjuhën dhe terminologjinë profesionale.
9. Shmangni përdorimin e shkurtimeve. Shkurtime mund të mos kuptohen ose të keqinterpretohen.
10. Përfshini vetëm elementët e kujdesit që keni dhënë. Një përjashtim nga ky rregull mund të ndodhë në rastet e ngjarjeve emergjente. Kjo mund të lidhet sipas rregullores dhe politikës së vendit ku punoni.
11. Mos përfshini paragjykimet (dokumentoni vetëm konkluzionet që mund të mbështeten me të dhëna).[3]

Dokumentacioni duhet të përshkruajë gjithë tablonë e pacientit dhe kujdesin e ofruar që nga momenti i takimit deri në fund. Dokumentacioni i paqartë ose sipas mendimit tuaj mund të ndikojë në vazhdimësinë e kujdesit dhe të keqinterpretojë gjetjet tuaja nga vlerësimi. Këtu janë shembuj të shënimeve nga të dhënat e një klienti. Në kolonën e majtë, shënimet janë të paqarta dhe nuk nxisin komunikim të qartë dhe konçiz.

Dokumentacion i paqartë	Dokumentacion i qartë
Sjellje e ç'rregullt dhe e shqetësuar	Pacienti po bërtet dhe po lëviz në korridor
Pacienti duket se ka dhimbje	Pacienti rënkon kur ndryshon krahun
Pacienti është i pabindur	Pacienti referon se nuk dëshiron të marrë medikamentet sepse ka nauze
Pacienti është në rrezik për tu rrëzuar	Pacienti pengohet kur ecën dhe i ngatërrohen këmbët.
Pacienti duket konfuz	Pacienti nuk është i orientuar në vend dhe në kohë.
Pacienti është në depresion	Pacienti dukej i tërhequr, kontakt të kufizuar me sy dhe qante shpesh gjatë vizitës
Plaga duket e infektuar	Lëkura rreth plagës është e kuqe, e ngrohtë në prekje me rrjedhje purulente, Pacienti ankohet për dhimbje gjatë dy ditëve të fundi
Vështirësi në frymëmarrje	Vihet re cianoze përreth buzëve dhe respiracioni është sipërfaqësor

Koha e dokumentimit

Dokumentimi duhet të jetë pjesë e rregullt dhe e shpeshtë e praktikës infermiere. Është shumë e rëndësishme që të dokumentoni menjëherë pasi është ofruar kujdesi për të kujtuar saktësisht informacionin dhe për të komunikuar në mënyrë efektive me anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor. Në rastet kur dokumentimi është kërkuar për në gjykatë, ka shumë rëndësi regjistrimi në momentin e një ngjarjeje ose sa më afër saj të jetë e

mundur. Vonesa e panevojshme ndërmjet ndodhjes së ngjarjes dhe regjistrimit mund të rezultojë në refuzimin e gjykatës për të pranuar procesverbalin si provë të së vërtetës së ngjarjes dhe të vërë në dyshim besueshmërinë e informacionit ose të dëshmitarit. [3]

Gabime ose ndryshime në dokumentim

Dokumentimi i pasaktë mund dhe bëhet shkak për incidente ose ngjarjeve jo pozitive për pacientin. Gabimet dhe/ose ndryshimet në të dhënat shëndetësore të pacientit duhet të korrigjohen sipas politikës dhe rregullores së vendit të punës ku punoni, për saktësi dhe për të shmangur falsifikimin e të dhënave.

Këshilli i disiplinës mund të shpallë një infermiere fajtores për sjellje të pahijshme profesionale nëse infermierja ka falsifikuar një procesverbal në lidhje me observimin, rehabilitimin ose trajtimin e një pacienti. Nëse të dhënat shëndetësore të pacientit bëhen të palexueshme (p.sh. derdhja e ujit) mbajeni të dhënat e palexueshme dhe adresoni situatën.

Kur korrigjoni një dokument:

- Informacioni i pasaktë duhet të mbetet i dukshëm ose i rikuperueshëm (në rastin e dokumentit elektronik) në mënyrë që të kuptohet qëllimi dhe përmbajtja e korrigjimit;
- mos bëni shënime ndërmjet rreshtave;
- mos hiqni asgjë nga të dhënat e pacientit, si p.sh. raportet e testeve dhe laboratoreve;
- mos përdorni korektor ose ngjitëse për të fshehur ose fshirë gabimin;
- asnjëherë mos i hiqni faqet nga kartela e pacientit;
- kryqëzoni fjalën ose fjalinë me një rresht dhe mbi të shkruani "shënim i gabuar"; dhe vendosni inicialet tuaja, datën dhe orën e kryerjes së korrigjimit.

Në rastin e dokumentimit elektronik, infermieri mund të kërkojë leje ose akses për të bërë ndryshime në të dhënat shëndetësore të pacientit. [3]

Dokumentimi elektronik

Në rastet e plotësimit të dokumentimit elektronik, zbatohen të njëjtat parime të dokumentimit si në letër. Infermieri ka të njëjtat detyrime etike dhe ligjore për të ruajtur konfidencialitetin e të dhënave të pacientit kur dokumentojnë në një format elektronik siç kanë për hartimin e bazuar në letër. Dokumentimi elektronik mund të ketë nevojë për masa mbrojtëse shtesë, si kriptimi, parandalimi për aksesin e paautorizuar në të dhënat shëndetësore të pacientit.

Për të garantuar sigurinë e të dhënave shëndetësore të pacientit duhet të ekzistojnë politika, procedura dhe teknologji specifike. Për të minimizuar potencialin për një shkelje, nga ana e infermierit duhet të marren parasysh:

- Krijoni fjalëkalime të sigurt dhe ndryshoni ato shpesh;
- Mos ndani fjalëkalimin tuaj ose ndonjë informacion tjetër aksesit me të tjerët;

- Dilni ose kyçni ekranin kur dilni nga faqja;
- Mbroni monitorin nga të mos shikohet nga të tjerët kur bëni shënime në të dhënat e pacientit;
- Raportoni qasjen ose përdorimin e paautorizuar të nënshkrimit tuaj elektronik te punëdhënësi juaj dhe mos hyni (log in) për dikë tjetër[3]

Konfidencialiteti

Ligji për mbrojtjen e të dhënave personale, është legjislacioni që përshkruan kërkesat për të garantuar privatësinë dhe konfidencialitetin e të dhënave shëndetësore të pacientëve.

Një administrues i besuar që ka kujdesin ose kontrollin e informacionit personal shëndetësor duhet të krijojë politika dhe procedura për të ruajtur masat mbrojtëse administrative, teknike dhe fizike që do të:

- mbrojnë integritetin, saktësinë dhe konfidencialitetin e informacionit;
- mbrojnë ekspozimin ndaj çdo kërcënimi ose rreziku për sigurinë ose integritetin e informacionit, humbjen e informacionit, apo aksesin e paautorizuar, përdorimin e paautorizuar, deri në modifikimin e informacionit;
- sigurojnë respektimin e këtij ligji nga punonjësit e tij.

Në çdo kohë, infermieri duhet të ruajë privatësinë dhe konfidencialitetin e të dhënave shëndetësore të pacientit, pavarësisht nga metoda e dokumentacionit që përdoret. Informacioni në lidhje me pacientin dhe kujdesin e tij duhet të ndahet vetëm me ata që janë të përfshirë drejtpërdrejt në kujdesin e tij. Infermieret duhet të kenë akses vetëm në të dhënat e pacientëve aktualisht nën kujdesin e tyre. Mos diskutoni vlerësimin, vëzhgimet, trajtimin ose bisedat me pacientët ose stafin që nuk janë të përfshirë në kujdesin e pacientit. Pacienti mund të kërkojë të marrin kopje të të dhënave të tyre shëndetësore sipas politikës së vendit ku punoni.

Ndonjëherë, informacioni i pacientit mund të dërgohet me email, tekst ose faks. Kur dërgoni informacionin në mënyrë elektronike, infermieri duhet të respektojë sa vijon:

- Ndiqni gjithmonë politikat e vendit të punës në lidhje me transmetimin e informacionit të pacientit me email, tekst ose faks.
- Përdorni vetëm rrjete të sigurt kur komunikoni me ofrues të tjerë të kujdesit shëndetësor.
- Vendosni një kopje të informacionit në kartelën shëndetësore të pacientit nëse është e mundur.
- Rilexoni ose korrigjoni mesazhin përpara se t'a dërgoni.
- Sigurohuni që i gjithë materiali i printuar të jetë i siguruar dhe të eliminohet siç duhet kur nuk përdoret më (p.sh. i shreduar).

- Jini të kujdesshëm kur dërgoni informacion në mënyrë elektronike. Sigurohuni që adresat dhe numrat të verifikohen përpara se të dërgohet, që të dërgohen vetëm informacioni i kërkuar. [3]

Konkluzioni

Dokumentimi i kujdesit klinik ndaj pacientit duhet të plotësohet menjëherë me sa më shumë detaje të nevojshme për të paraqitur një përfaqësim të saktë dhe të plotë të gjendjes shëndetësore të pacientit dhe kujdesit infermieror të ofruar. Kjo rrit vazhdimësinë e kujdesit dhe sigurisë për pacientin. Infermieret demonstrojnë përgjegjësi dhe llogaridhënie profesionale përmes dokumentimit të qëndrueshëm dhe të saktë.

Dokumentacioni SBAR [4]

Komunikimi i strukturuar ofron një model për të dhënat për gjendjen e një pacienti. SBAR është një teknikë që ofron një kornizë për komunikim ndërmjet anëtarëve të ekipit të kujdesit shëndetësor kur ka një ndryshim në gjendjen e pacientit. Kjo është një metodë që aplikohet me shkrim ashtu edhe verbal. SBAR standardizon komunikimin dhe përmirëson efektivitetin e informacionit. Kur gjendja e pacientit ndryshon, përdorni SBAR-in si më poshtë:

S: Situata (Identifikoni veten, pavionin, vendin ku jeni dhe pacientin. Gjendja çfarë po ndodh në këtë moment)

B: Background (sfondi) (Jepni diagnozën e pacientit, arsyen e vizitës, shpjegoni rrethanat që e çuan në këtë situatë.) Kur raportoni duhet të keni kartelën e pacientit të disponueshme para jush.

A: Assessment (vlerësimi) (Jepni informacion specifik d.m.th., sasi dhe të dhëna cilësore sipas nevojës. Çfarë mendoni ju se problemi është?)

R: Rekomandim (Shpjegoni çfarë ju nevojitet. Jini të qartë dhe specifike. Çfarë do të bënit për të korrigjuar problemin?) Përsërit me zë çdo rekomandim verbal ose telefonik të marrë nga personi që po informohet [4]

Dokumentacioni SOAP

Një mënyrë për të strukturuar shënimet narrative për të dokumentuar ecurinë e pacientit është formati SOAP:

S: Subjective. Të dhëna subjektive (Ajo që referon e pacienti për problemin)

O: Objective. Të dhëna objektive (të dhëna që vëzhgohen lidhur me të dhënat subjektive. Këto janë të dhëna të matshme)

A: Assessment. Vlerësimi/Analiza (përfundime të bazuara në të dhënat subjektive dhe objektive)

P: Plan (Plani që do implementohet tek pacienti) [4]

Dokumentacioni PIE.

Formati i shënimeve PIE i dokumentacionit është i ngjashëm me atë të grafikut SOAP në natyrën e tij të orientuar drejt problemit. Megjithatë, ajo ndryshon nga

metoda SOAP në atë që grafiku PIE ka një origjinë infermiere, ndërsa SOAP e ka origjinën nga një model mjekësor. PIE shpjegohet si vijon:

P: Problemi ose diagnoza infermiere për pacientin

I: Intervention Ndërhyrjet ose veprimet e ndërmarra

E: Evaluation Vlerësimi i rezultateve të ndërhyrjeve infermiere

Formati PIE thjeshton dokumentacionin duke kombinuar kujdesin, planin, dhe shënimet e progresit në një rekord. [4]

Referenca

1. Guidelines for Medical Record and Clinical Documentation WHO-SEARO coding workshop September 2007
2. Documentation guidelines for registered nurses. College of registered nurses of Manitoba
3. <https://www.srna.org/wp-content/uploads/2021/02/Documentation-Guideline>
4. Clinical nursing skills & techniques 8th Edition Perry Potter

6

REGJISTRIMI I GJETJEVE. VLERËSIMI I PROVAVE KLINIKE

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Përcaktojnë vlerësimin e gjetjeve gjatë procesit infermieror
- ☐ Identifikojnë karakteristikat e regjistrimit të të dhënave
- ☐ Identifikojnë burimet e të dhënave dhe vlerësimin e provave dhe testeve diagnostikuese

Historia dhe ekzaminimi fizik formojnë bazën e të dhënave për vlerësimin e mëvonshëm të pacientit dhe planin për menaxhim dhe hapat e ardhshëm. Regjistrimi me shkrim organizon informacionin nga historia e tij dhe ekzaminimi fizik dhe duhet të komunikojë qartë çështjet klinike të pacientit të gjithë anëtarët e ekipit të kujdesit shëndetësor. Do të zbuloni se ndjekja e një formati të standardizuar është shpesh mënyra më efikase dhe më e dobishme për të transferuar këtë informacion. Këto të dhëna duhet gjithashtu të lehtësojnë arsyetimin klinik dhe t'u komunikojnë informacione thelbësore profesionistëve shëndetësorë të përfshirë në kujdesin e pacientit tuaj.

SILVIA WU. [1]

Sylvia, një vajzë 17-vjeçare, sapo është kthyer në Shqipëri pas një vizite në familjen e saj në Kinën. Ajo vjen në klinikë sepse u zgjua në mëngjes me simptoma të gripit (kollë, dhimbje fyti, ethe, dhimbje muskujsh, lodhje). "Unë jam i frikësuar për shkak të gjithçkaje që kam parë në televizion dhe kam lexuar në gazeta për atë virusin e ri."

Vlerësimi është mbledhja, analiza dhe komunikimi sistematik dhe i vazhdueshëm i të dhënave ose informacionit të pacientit. Rregjistrimi i gjetjeve përfshin të gjithë informacionin përkatës të pacientit të mbledhur nga infermierja dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor. Gjithashtu mundëson një plan gjithëpërfshirës dhe efektiv të kujdesit që duhet projektuar

dhe zbatuar për pacientin. Mbledhja e të dhënave të pacientit është një hap jetik në procesin infermieror.

Le ti kthehemi rastit të Silvias, një paciente që ka frikë se ka një virus.

Vlerësimi i infermierit do të zbulonte *faktorët e mundshëm të rrezikut*. Për më tepër, deklarata e pacientit për frikën e saj ofrojnë të dhëna të mëtejshme për të zhvilluar një plan kujdesi.

Vlerësimi fillestar gjithëpërfshirës infermieror rezulton në të dhënat bazë që mundësojnë infermierin të:

- Gjykojë për gjendjen shëndetësore të pacientit, aftësinë për të menaxhuar kujdesin e saj shëndetësor dhe nevojën për kujdes.

- Referojë pacientin te një mjek ose kujdes tjetër shëndetësor profesionale

- Planifikojë dhe ofrojë kujdes infermieror të individualizuar, holistik

bazuar në pikat e forta të pacientit. Përveç një vlerësimi fillestar të pacientit, infermierja bën vlerësime të vazhdueshme. Gjatë hapit të vlerësimit të procesit infermieror, krijon bazën e të dhënave duke intervistuar pacientin për të marrë historikun. Historia e pacientit identifikon gjendjen shëndetësore, pikat e forta, problemet shëndetësore, rreziqet shëndetësore dhe nevojën për kujdes infermieror. Infermierja mund të kryejë gjithashtu një ekzaminim fizik infermieror për të mbledhur të dhëna. Burime të tjera për informacionin e pacientit mund të jetë familja ose persona të tjerë të rëndësishëm në jetën e pacientit, profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor dhe kartela e pacientit. Pasi infermierja të ketë mbledhur bazën e të dhënave, të dhënat e diskutueshme verifikohen (vleftësohen) si pjesë e hapit të vlerësimit të procesit infermieror. Të gjitha të dhënat përkatëse regjistrohen dhe, kur është e përshtatshme, u komunikohen profesionistëve të tjerë të kujdesit shëndetësor në mënyrë që të pacienti të përfitojë një kujdes sa më të mirë. Përveç mbledhjes së të dhënave, infermieri mund të përdorë intuitën për të vlerësuar pacientin.

Llojet e të dhënave: subjektive dhe objektive. [1]

- *Të dhënat subjektive* janë informacione të perceptuara vetëm nga pacienti; këto të dhëna nuk mund të perceptohen apo verifikohen nga një person tjetër. Shembuj të të dhënave subjektive janë ndjenja e nervozizmit, nauze, ethe, dhimbje etj. Të dhënat subjektive quhen gjithashtu simptoma ose të dhëna të fshehta.
- *Të dhënat objektive* janë të dhëna të vëzhgueshme dhe të matshme që mund të shihen, dëgjohen ose ndjehen nga dikush tjetër përveç personit që i përjeton ato. Të dhënat objektive të vëzhguara nga një person mund të verifikohen nga një person tjetër që vëzhgon të njëjtin pacient. Shembuj të të dhënave objektive mund të jetë temperatura e lartë, lëkura e lagur dhe refuzimi ushqimit. Të dhënat objektive quhen gjithashtu shenja ose të dhëna të dukshme.

Në tabelën me poshtë krahasohen të dhënat subjektive dhe objektive.

Duke i kushtuar vëmendje të dhënave subjektive dhe objektive nxit të menduarit kritik sepse të dy llojet e të dhënave plotësojnë dhe qartësojnë njëra-tjetrën.

KRAHASIMI I TË DHËNAVE OBJEKTIVE ME SUBJEKTIVET	
Të dhënat objektive	Të dhënat subjektive
Burrë 32-vjeç Gjatësia : 170 cm Pesha : 18/9/20—110 kg 4/2/21—101kg	“Po filloj të ndihem më mirë me veten tani që po humbas peshë dhe duket se kam më shumë energji

Rishikojmë të dhënat në rastin për Sylvia Wu. Ankesat e saj për simptomat e gripit i japin infermierit të dhëna subjektive. Kolla e saj, vënia në dukje e çdo sputumi të prodhuar, inspektimi i fytit për skuqje dhe acarim dhe kontrolli i temperaturës do të siguron të dhëna objektive që ndihmojnë për të sqaruar dhe vërtetuar ankesat e pacientit.

Karakteristikat e të dhënave

Mbledhja dhe regjistrimi e të dhënave të pacientit, duhet të jenë të qëllimshëm, të plotë, të saktë, faktik dhe relevant.

➤ I qëllimshëm

Kur përgatitet për mbledhjen e të dhënave, infermieri identifikon qëllimi i vlerësimit infermior (gjithëpërfshirës, i fokusuar, emergjente, me afat) dhe më pas mbledh të dhënat e duhurat. Rrethanat e situatës së pacientit gjithashtu mund të diktojnë natyrën dhe sasinë e të dhënave të mbledhura.

➤ I kompletuar

Sa më shumë që të jetë e mundur, duhet të identifikohen të gjitha të dhënat e pacientit të nevojshme për të kuptuar një problem shëndetësor dhe për të zhvilluar një plan kujdesi për të maksimizuar mirëqënien e shëndetit. Për shembull, në shembujt e mëposhtëm, të dish që një pacient ka humbur peshë nuk është plotësisht kuptimplotë derisa infermierja të zbulojë:

1. nëse humbja e peshës ishte e qëllimshme ose e paqëllimshme,
2. nëse ishte e lidhur me një ndryshim në mënyrën e të ngrënit, aktivitet fizik ose me ndonjë gjëndje patologjike kryesore
3. mënyrën se si pacienti e sheh dhe po reagon ndaj humbjes së peshës.

➤ Faktik dhe real

Si pacienti ashtu edhe infermieri mund të keqinterpretojnë ose shtrembërojnë me dashje ose pa dashje informacionin e pacientit. Për shembull, një pacient që vlerëson të qenit i dobët mund të përshkruajë një shtim në peshë prej disa kilogramësh si fillimi i obezitetit. Në fillim të mbledhjes së të dhënave, është thelbësore të përcaktohet nëse pacienti ose personi që po jep informacionin është i besueshëm. Kur infermierët dyshojnë te gjykimi i tyre personal ose

diçka tjetër po ndikon në mbledhjen e të dhënave, duhet të konsultohen me një koleg tjetër.

Është gjithashtu më mirë të përshkruani sjelljen e vëzhguar sesa të interpretoni sjelljen. Një përshkrim i tillë mund të thotë:

“Pacienti qëndron shpesh i shtrirë me fytyrën nga muri. Përpjekjet për ta përfshirë atë në bisedë dështojnë. Ai refuzoi drekën sot dhe hëngri vetëm supë për darkë.”

Nga ana tjetër, deklarata e infermierit si:

“Pacienti është në depresion” nuk është një deklaratë faktike.

Regjistrimi faktik i sjelljeve të pacientit lejon profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor të eksplorojnë shkaqet e sjelljes me pacientin.

➤ **Përshtatshmëria**

Për shkak se regjistrimi i të dhënave gjithëpërfshirëse mund të jetë një detyrë e vazhdueshme, një sfidë me të cilën përballen infermierët është të përcaktojnë se çfarë dhe sa të dhëna duhet të mbledhin për çdo pacient.

Qëllimi është të regjistrohen në mënyrë konçize të gjitha të dhënat përkatëse.

Shpesh, infermierët i mëson eksperiencën se çfarë të dhënash nevojiten në raste specifike.

Burimet e të dhënave

➤ **Pacienti**

Pacienti është burimi kryesor dhe zakonisht më i mirë i informacionit. Nëse nuk specifikohet ndryshe, supozohet se të dhënat e regjistruara në historikun infermior janë mbledhur nga pacienti. Shumica e pacientëve janë të gatshëm të ndajnë informacione kur e dinë se është e dobishme për planifikimin e kujdesit të tyre. Megjithatë të dhënat e mbledhura nga pacienti janë zakonisht të sakta, infermierja duhet të jetë vigjilente në disa raste. Për shembull, një pacient i cili ka një problem akut mund të mos jetë në gjendje të komunikojë siç duhet nëse dhimbja është e fortë ose ka luhatje të koshiençës. Një pacient i prekur emocionalisht mund të shtrembërojë informacionin; për shembull, pacientët që janë të frikësuar sepse mendojnë se sëmundja e tyre mund të kërcënojë punën ose jetën e tyre mund të mohojnë simptomat e caktuara ose qëllimisht japin fakte jo reale. Nëse infermieri vëren se raporti i simptomave ndryshon nga gjetjet fizike ose të dhënat e marra nga burime të tjera, është e rëndësishme të theksohet kjo dhe të eksplorojë shkaku i mospërputhjes.

Pacientët me kapacitet të kufizuar mendor ose komunikues, si fëmijët e vegjël dhe pacientët me demencë, nuk mund të jenë burim i të dhënave. Fëmijët dhe njerëzit me aftësi të kufizuara mendore ose verbale duhet të inkurajohen për tju përgjigjur pyetjeve të intervistës sa më mirë të mundën. Duke anashkaluar këta pacientë dhe duke iu drejtuar automatikisht një anëtar të familjes, miku ose kujdestarit për informacion, komunikoni tek pacienti se ju ose nuk keni kohë që pacienti të shprehë nevojat e tij ose gabimisht dyshoni në aftësitë e pacientit për t'i komunikuar këto nevoja.

➤ **Familja dhe persona të tjerë të afërt**

Anëtarët e familjes, miqtë dhe kujdestarët janë burime veçanërisht të dobishme të të dhënave kur pacienti është fëmijë ose me aftësi të kufizuara. Bashkëshortët mund të japin informacion për njëri tjetrin. Miqtë që shoqërojnë pacientin për vizitë mund të japë informacion të dobishëm. Duhet patur kujdes të keni aprovimin e pacientit nëse është e mundur për të mbledhur informacion nga personat e tjerë. Sa herë që informacioni jepet nga persona të tjerë duhet të specifikohet në historikun e regjistruar.

➤ **Kartela e pacientit**

Raportet e përgatitura nga anëtarë të ndryshëm të ekipit të kujdesit shëndetësor ofrojnë informacion thelbësor për kujdesin gjithëpërfshirës infermieror. Infermieri duhet të rishikojë të dhënat para se të fillojë të marrë historikun. Një rishikim i tillë ndihmon për të fokusuar vlerësimin infermieror dhe për të konfirmuar dhe përforcuar informacionin e marrë nga burime të tjera.

Të dhënat shëndetësore nga kartela e pacientit, listojnë informacione të tilla si mosha, gjinia, profesioni, preferenca fetare, familjarët dhe statusi financiar. Kartelat përfshijnë informacionin e futur nga shërbime të ndryshme shëndetësore profesionistë të tillë si mjekë, punonjës socialë, dietologë, fizioterapistë dhe teknikë laborator.

Për të ofruar një shërbim mbështetës për pacientin duhet të njiheni me përmbajtjen e kartelës së pacientit, përveç dokumentacionit të planit të kujdesit infermieror dhe shënimeve nga infermieri.

Pjesët e mëposhtme të kartelës së pacientit janë burime të rëndësishme të të dhënave për infermierin.

➤ **Historia Mjekësore, ekzaminimi fizik dhe progresi**

Këto burime regjistrojnë gjetjet e mjekëve teksa vlerësojnë dhe trajtojnë pacientin; ato fokusohen në identifikimin e gjendjeve patologjike dhe shkaqet e tyre dhe në përcaktimin e trajtimit mjekësor

➤ **Konsultimet**

Mjeku i pacientit mund të kërkojë specialistë për të vlerësuar dhe për të punuar me pacientin. Fokus i tyre është në identifikimin e gjetjeve që ndihmojnë në vendosjen e një diagnoze mjekësore ose në planifikimin dhe ekzekutimin e trajtimit mjekësor.

➤ **Vlerësimi i raporteve laboratorike dhe diagnostike. [1]**

Raportet laboratorike dhe testet e tjera diagnostikuese, siç janë radiografitë, i ofrojnë infermierit të dhëna objektive që mund ose konfirmojnë ose bien ndesh me të dhënat e mbledhura gjatë historisë ose ekzaminimit infermieror. Raporte diagnostike janë të dobishme për mjekët për vendosjen e një diagnoze dhe monitorimin e përgjigjes së pacientit ndaj trajtimit. Gjithashtu këto raporte mund të jenë të dobishme për infermierët në vlerësimin e suksesit të ndërhyrjeve infermiere.

➤ **Raportet nga profesionistë të tjerë shëndetësorë**

Profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor që ndërveprojnë me pacientin gjithashtu regjistrojnë gjetjet e tyre dhe shënojnë çdo përparim që ka bërë pacienti në fushat e tyre specifike - për shembull, të ushqyerit, fizioterapinë ose logoterapinë.

Rregjistrimi i gjetjeve gjatë kujdesit në banesë

Kur ofrojnë kujdesin në banesë, infermierët duhet të përdorin aftësitë e tyre për vlerësimin, formulimin e një plani kujdesi dhe mbledhjen e informacionit të nevojshëm statusin e kujdesit shëndetësor të pacientit. Ky informacion shpesh vjen nga anëtarët e familjes. Dokumentimi në vizitat në banesë është ndryshe nga vizita në qendrën shëndetësore. Çdo institucion ka udhëzime specifike për të përshtatur dokumentimin e informacioneve nga një vizitë në banesë. Informacionin bazë merret nga kartela mjekësore e pacientit. Përveç kësaj, sistemet e dokumentimit të kujdesit në banesë i ofrojnë informacionin e nevojshëm të gjithë ekipit të kujdesit shëndetësor për të përmirësuar punën në ekip.

Regjistrimi i informacionit në kartelën mjekësore të kujdesit në banesë përfshin vlerësimin e pacientit, formularët e vlerësimit të pacientit, planin ndërprofesional të kujdesit dhe medikamentet.

Vërtetshmëria (besueshmëria) e të dhënave.

Është akti i konfirmimit ose verifikimit të informacionit. Qëllimi për vërtetshmërinë është të merren të dhëna pa gabime, paragjykime apo të keqinterpretuara. Është një pjesë e rëndësishme e vlerësimit sepse informacioni i pavlefshëm mund të çojë në kujdesin e papërshtatshëm infermior.

➤ Verifikimi i besueshmërisë së të dhënave

Për shkak se vërtetimi i të gjitha të dhënave nuk është as i mundur dhe as i nevojshëm, infermierët duhet të vendosin se ku është nevoja për verifikim. Për shembull, të dhënat duhet të verifikohen kur ka mospërputhje: një pacient referon se është mirë dhe nuk ka shqetësime, por vihet re se ai demonstroi muskulaturë të tensionuar të trupit dhe duket i prerë në përgjigjet e tij. Kur ka një mospërputhje midis asaj që thotë personi dhe asaj që po observohet nga infermieri, verifikimi është i nevojshëm për të përcaktuar saktësinë. Vërtetimi në këtë rast mund të marrë formulohet duke thënë:

“Më thua se ndihesh mirë, por tani trupi dhe sjelljet e tua po më thonë diçka tjetër. Më trego më shumë për këtë.”

Të dhënat gjithashtu kanë nevojë për verifikim kur u mungon objektivi. Për shembull, një infermier dyshon se pacienti dëgjon në njërin vesh, por nuk dëgjon mirë në tjetrin. Infermieri duhet të vërtetojë të dhënat përpara se të vazhdojë dhe duhet të përcaktojë nëse pacienti ka vërtet një problem dëgjimi. Dyshimet nuk janë objektive. Në këtë rast, infermieri ka nevojë për të testuar dëgjimin e pacientit në të dy veshët. Duke folur drejt veshit që nuk ka probleme, infermieri shpjegon:

“Më duket se dëgjon më mirë nga njëri vesh. Do të doja ta testoja këtë si mendon?”

Më pas infermieri mund të aplikojë Testin e Zërit.

➤ **Identifikimi i sugjerimeve dhe nxjerrja e konkluzioneve**

Infermierët tani përdorin gjuhën e sugjerimeve dhe konkluzioneve për të përshkruar procesin e vërtetësimit. Të dhënat subjektive dhe objektive që identifikoni (pacienti nuk përgjigjet kur flas me të në anën e majtë) janë një sinjal se diçka mund të mos jetë në rregull.

Gjykimi që arrihet për këtë sugjerim (dëgjimi i pacientit mund të jetë i dëmtuar në anën e majtë) është një përfundim. Derisa të kontrolloni dëgjimin e pacientit, nuk mund të jeni i sigurt se përfundimi juaj është i saktë.

Konkluzionet mund të vërtetohen në mënyra të shumta:

1. Ekzaminimi fizik, duke përdorur pajisjet dhe procedurën e duhur (mund t'ju nevojitet ndihma e një eksperti që të konfirmojë gjetjet tuaja)
2. Qartësimi i sugjerimit ("Ju thatë se ky nuk është problem, por e kuptoj që mund të jeni ende të shqetësuar.")
3. Ndarja e sugjerimeve tuaja me anëtarët e tjerë të ekipit dhe marrja e aprovimit
4. Krahësimi i sugjerimeve me bazën e njohurive të funksionit normal
5. Kontrolloni lidhjen llogjike të sugjerimeve.

Infermieri mund të vërtetojë të dhënat kur, ato mbledhen ose në fund të procesit të marrjes së të dhënave. Kur është e qartë se të dhënat janë të sakta, infermieri është ei gatshëm të analizojë të dhënat dhe të formulojë diagnozat infermierore - hapi tjetër i procesit infermior.

➤ **Raportimi dhe regjistrimi i të dhënave. [1]**

Të dhënat e pacientit të mbledhura nga infermieri, si fillimisht ashtu edhe në vazhdimësi, nuk janë të dobishme për pacientin dhe ekipin e kujdesit shëndetësor nëse nuk komunikohen siç duhet. Komunikimi i duhur përfshin *kohën* e duhur dhe *dokumentacionin* e duhur.

Koha

Raportimi i menjëhershëm verbal i të dhënave mund të aplikohet kur nga vlerësimi i gjetjeve zbulohet një ndryshim kritik në gjendjen e pacientit, që mund të kërkojë kërkon përfshirjen e një kolegu tjetër ose profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor. Për shembull një temperaturë 39,5°C në një pacient që është planifikuar për operacion atë mëngjes, duhet t'i raportohet menjëherë infermierit dhe kirurgut, i cili më pas mund të anulojë operacionin. Dështimi për të komunikuar këtë gjetje mund të rezultojë në marrjen e antipiretikut para operacionit, dërgimin në sallën e operacionit dhe madje kryerjen e operacionit në kushte jo optimale.

Në mënyrë të ngjashme, një infermier që dëgjon një pacient duke bërë komente vetëvrasëse duhet t'ia komunikojë këtë informacion ekipit të kujdesit shëndetësor në mënyrë që të gjithë të alarmohen për rrezikun e pacientit dhe që të mund të merren masa menjëherë.

Një infermiere që nuk është e sigurt për rëndësinë e një gjetjeje të veçantë këshillohet të konsultohet me një koleg tjetër. Në disa situata, nevojiten vite eksperience për të dalluar gjetjet e rëndësishme nga ato jo të rëndësishme. Frika për t'u dukur më pak kompetent nuk justifikon dështimin për të raportuar të dhënat kritike.

Infermierja duhet të raportojë ankesat e Sylvia Wu së bashku me historinë themelore të udhëtimit në Kinë menjëherë tek personeli përkatës i kujdesit shëndetësor. Duke bërë këtë, siguron që janë marrë masat e nevojshme për të reduktuar rrezikun e transmetimit të infeksionit viral.

Dokumentacioni. [1]

Baza e të dhënave fillestare duhet të regjistrohet në mënyrë elektronike ose me shkrim, duke përdorur formularët e caktuar sipas institucionit, në të njëjtën ditë që pacienti vjen për vizitë. Nëse, për ndonjë arsye, informacione të rëndësishme nuk mund të merren gjatë vlerësimit fillestar, kjo duhet të dokumentohet në mënyrë që ato të merren sa më shpejt të jetë e mundur. Të dhënat objektive dhe subjektive të pacientit duhet të përmbledhen dhe të shkruhen në mënyrë unike, gjithëpërfshirëse, koncize dhe lehtësisht të gjenerueshme. Të dhënat duhet të shkruhen në mënyrë të lexueshme në mënyrë gramatikore dhe vetëm me shkurtesa standarte mjekësore. Për të lehtësuar leximin e shpejtë, të dhënat duhet të paraqiten me nën tituj të shënuar qartë.

Sa herë që është e mundur, të dhënat subjektive duhet të regjistrohen duke përdorur fjalët e vetë pacientit. Mund të përdoren thonjëzat: “Ndihej i lodhur që në momentin që ngrihem në mëngjes. Më duket se nuk kam fare energji.” Referimet e pacientëve mund të parafrazohen gjithashtu: Pacienti referon se ka vështirësi në frymëmarrje kur ngjitet shkallët.

Duhet të shmangjet tendenca për të regjistruar të dhëna duke përdorur terma jospesifik që i nënshtrohen përkufizimit ose interpretimit individual - fjalë si adekuate, mirë, mesatare, normale, e dobët, e vogël, e madhe. Ideja e një infermiere për atë që përbën për shembull;* marrje mesatare të lëngjeve mund të jetë shumë e ndryshme nga ajo e një infermiere tjetër. Është e rëndësishme të jeni specifik. [1]

Referenca

Fundamentals of nursing The art and the Science of Nursing Care. Seventh edition Chapter 12 and 17

7

HISTORIA DHE EKZAMINIMI FIZIK, SI TESTE DIAGNOSTIKUESE. VLERËSIMI I TESTEVE DIAGNOSTIKUESE

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Njohin përgjegjësitë infermierore në testet dhe procedurat diagnostikuese.
- ☐ Identifikojnë elementet e kujdesit infermior para, gjatë dhe pas testimeve diagnostikuese

• Standardet e Praktikës Infermierore

Infermieri aplikon vlerësimin diagnostik në të gjitha fazat e vlerësimit dhe ekzaminimit infermior. Duke përfshirë njohuritë dhe aftësitë e nevojshme për të ofruar një kujdes të sigurt dhe të informuar infermieri vepron si mbrojtës i pacientit, ndjek standardet e praktikës profesionale, komunikon në mënyrë efektive, koordinon dhe menaxhon ambjentin e ekzaminimit, mbështet pacientët gjatë procesit dhe përdor një qasje bashkëpunuese për të lehtësuar rezultatet optimale të pacientit.[1]

➤ Përmbledhja e përgjegjësive infermierore

Si pjesë e integruar e praktikës së tyre, infermierët profesionistë kanë mbështetur prej kohësh pacientët dhe familjet e tyre në përmbushjen e kërkesave dhe sfidave të testimeve diagnostikuese. Këto testime fillojnë para lindjes dhe shpesh vazhdon edhe pas vdekjes. Testimet para lindjes mund të përfshijë amniocentezën, ekografinë e fetusit dhe testimin gjenetik. Testimi pas

vdekjes mund të përfshijë autopsi, transplantim organesh, raportim të vdekjes dhe testime ose prova mjeko-ligjore. Përgjegjësitë dhe ndërhyrjet infermiore shtrihen në të tre fazat: periudhat para testit, gjatë testit dhe pas testit. Çdo fazë kërkon që të ndiqen udhëzimet e caktuara. Infermierët kanë nevojë për njohuri teorike dhe praktike për të ofruar kujdes të sigurt dhe efektiv. Historiku, ekzaminimi fizik, vlerësimi infermior, diagnoza infermiore, planifikimi, ndërhyrja dhe zbatimi i planit, janë të gjithë hapat e nevojshëm të procesit infermior. Zbatimi i procesit infermior në testet diagnostikuese lehtëson dhe krijon një kornizë dhe plan gjithëpërfshirës për të ofruar kujdes të sigurt dhe kompetent. [1]

Vlerësimi fokusohet në sigurimin e një databaze të detajuar rreth pacientit për të lehtësuar testin dhe për të lidhur rezultatet e testit me gjetjet fizike dhe treguesit e tjerë të statusit të pacientit për të siguruar rezultate të sakta. Në fazën e vlerësimit, infermieri kupton arsyen dhe nevojën për kryerjen e testit diagnostikues.

Diagnoza është një gjykim klinik që identifikon përgjigjen e pacientit ndaj një problemi shëndetësor aktual ose të mundshëm gjatë vlerësimit diagnostik. E veçanta e tij qëndron në faktin se identifikohet dhe trajtohet nga infermierët. Faza e planifikimit diagnostik ka disa faktorë thelbësorë për t'u marrë parasysh, pasi efekti i një testi mund të ketë edhe komplikacione.

Planifikimi rrjedh nga diagnoza infermiore. Kjo fazë fokusohet në sigurinë dhe nevojat fiziologjike, psikosociale, emocionale dhe shpirtërore të pacientit dhe familjes; infermieri zhvillon strategji për të përmbushur këto nevoja gjatë vlerësimit diagnostik.

Gjatë testeve diagnostikuese, infermieri identifikon si diagnozat infermiore ashtu edhe problemet shoqëruese që kërkojnë ndërhyrje të përshtatshme dhe të pavarura infermiore. Duhet të merret parasysh mjedisi në të cilin kryhet testimi, moshë, aftësitë e kufizuara, nevojat për informacion, stili dhe diversiteti kulturor.

Implementimi adreson punën dhe procesin aktual të ekzekutimit të planit për fazat paratestuese, gjatë testit dhe pas testit. Ai përfshin ndërhyrjet infermiore specifike, të matshme dhe aktivitetet e pacientit. Zbatimi i veprimeve specifike, të pavarura infermiore bazohet në gjetjet e testeve diagnostike. Theksi vihet në mbledhjen dhe trajtimin e duhur të mostrës, kryerjen e procedurave, administrimin e barnave sipas udhëzimeve të përcaktuara, edukimin, këshillimin, përgatitjen e duhur të pacientit, sigurimin e rehatisë dhe mbështetjes, sigurisë, kontrollin e infeksionit dhe parandalimin e komplikimeve. [1], [2]

➤ Kujdesi për testet diagnostikuese në banesë

Infermieri duke përdorur aftësitë klinike për të marrë vendime, di se kur duhet të kontaktojë me mjekun për të konfirmuar nevojën për teste specifike laboratorike

dhe diagnostike për të shmangur komplikimet e sëmundjes. Marrja dhe testimi i mostrave ndryshojnë sipas politikave të vendit të punës për kujdesin shëndetësor në shtëpi. Shpesh, veçanërisht në disa zona komunitare dhe rurale, infermieri duhet të jetë i aftë në marrjen e gjakut venoz, në mbledhjen e mostrave nga linjat invazive (ose kateterët), në marrjen e kulturave dhe në etiketimin, dokumentimin, trajtimin dhe transportin e duhur të mostrave. Ndonjëherë, edukimi i pacientit dhe ose familjarëve se si të mbledhin dhe ruajnë saktë mostrat mund të jetë një pjesë e rëndësishme e të gjithë procesit. Infermieri i kujdesit në banesë duhet gjithashtu të ketë njohuri për praktikat terapeutike kulturore dhe alternative të pacientit për të lehtësuar procedurat dhe vlerësimet e duhura të testimit diagnostik. Si koordinatorë të kujdesit, infermierët duhet të marrin rezultatet e testit në kohën e duhur dhe t'i komunikojë këto gjetje tek mjeku sa më shpejt të jetë e mundur. Rezultatet e testit shpesh vërtetojnë diagnozat e reja, konfirmojnë nevojën për të ndryshuar mjekimin ose dozën, ose paralajmërojnë nevojën për një takim me mjekun për të vlerësuar më tej situatën. [2]

Infermieri për kujdesin shëndetësor në banesë mund të ketë nevojë të kryejë procedura selektive, të sigurojë mostrat, ose të monitorojë problemet shëndetësore, siç tregohet në shembujt e mëposhtëm:

Kontrolli i diabetit: Testi i glicemisë në gisht ose me gjak venoz kur pacienti është esëll duke përdorur glukometër, ose testimi i glukozës në urinë me shirita testimi.

Ç'rregullime kardiake: Marrja e gjakut për kohën e protrombinës, për INR dhe për të monitoruar terapinë antikoaguluese; enzimat kardiake për ndryshimet simptomatike (p.sh. dhimbje gjoksi); lipidet në gjak (të konsideruar si faktorë rreziku për sëmundjet e zemrës); peptide për të dalluar shkaqet kardiake dhe respiratore të dispnesë; elektrolitet në gjak për të vlerësuar terapinë me diuretikë dhe kalium.

Hidratim/dehidratim, probleme të ushqyerjes: Marrja e gjakut për elektrolitet dhe panelet e tjera kimike ose metabolike të gjakut, veçanërisht albumina për humbjen e ushqimit, kaliumi dhe natriumi për dehidratim. Marrja e gjakut për monitorimin e kimioterapisë me vëmendje të veçantë ndaj eritrociteve (RBC), leukociteve (WBC) dhe hemoglobinës.

Kontrolli i infeksionit: Monitorimi i pacientëve me sëmundje infektive me gjak komplet, urokulturën dhe kulturë nga plagë të ndryshme për të identifikuar shkaktarin mikrobial dhe për të monitoruar efektivitetin e antibiotikëve dhe funksionin imunitar.

Neonatët dhe foshnjat: Përdorni dritën dhe marrjen e gjakut për serum të monitoroni nivelin e ikterit dhe bilirubinës.

Problemet e veshkave: Testet kimike si azoti, kreati në gjak. Matja e natriumit, kaliumit; gjak komplet (për anemi) për të monitoruar funksionin e veshkave dhe

efektivitetin e dializës nëse aplikohet në shtëpi. Analiza e urinës dhe/ose urina e 24 orëve inës për të vlerësuar statusin e veshkave (proteina, elektrolite dhe produkte të mbetjeve urinare).

Probleme respiratore: Monitorimi i apnesë dhe pulsoksimetria për të kontrolluar saturimin e oksigjenit dhe ritmin e frymëmarrjes. Gjakun komplet, me vëmendje ndaj eritrociteve, hematokritit (HCT) dhe hemoglobinës (Hb) për të vlerësuar kapacitetin e oksigjenit në gjak dhe viskozitetin e gjakut; kulture e sekrecioneve për të vlerësuar infeksionet respiratore; gazet në gjakun arterial astrupogramë për të përcaktuar statusin acid-bazë dhe ventilimin.

➤ **Aplikimi i modelit diagnostik në fazën para testim, gjatë testimit dhe pas testimit[2]**

Fokusi para testit është në zgjedhjen e testit të duhur, marrjen e aprovimit nga pacienti, vlerësimin e rrezikut, përgatitjen dhe edukimin e pacientit, mbështetje emocionale dhe fizike dhe komunikimin efektiv. Këto ndërhyrje janë kyçe për arritjen e rezultateve të dëshiruara dhe parandalimin e keqkuptimeve dhe gabimeve.

Fokusi gjatë testimit është në menaxhimin e mjedisit të testimit, mbledhjen dhe trajtimin e mostrave, sigurimin e mjeteve dhe pajisjeve, të ofrohet komfort dhe siguri për pacientin, përgatitjen ose administrimin e medikamenteve dhe solucionëve, kryerjen ose ndihmën gjatë procedurave, pozicionimin dhe monitorimin e pacientit gjatë procedurave diagnostike. Procedurat invazive i vendosin pacientët në rrezik më të madh për komplikime dhe kërkojnë kujdes dhe observim më nga afër. Sedacioni/analgjezia e moderuar, anestezi lokale dhe sistematike, medikamentet intravenoze të administruara për të parandaluar ndonjë reaksion të mundshëm nga kontrastet janë gjithashtu pjesë e fazës gjatë testimit. Monitorimi i marrjes dhe eliminimit të lëngjeve, temperaturës së trupit, sistemin respirator dhe kardiovaskular dhe trajtimi i problemeve në këto fusha kërkon mendim kritik dhe përgjigje të shpejta.

Fokusi pas testit konsiston në: shpjegimin e rezultateve, trajtimin farmakologjik ose kirurgjikal; vëzhgimi dhe monitorimi për të parandaluar komplikime serioze; zbatimin e referimeve të duhura dhe përsëritjen ose teste shtesë. Vlerësimi i rezultatit të testit, interpretimi i testit, këshillimi, dokumentacioni, raportimi dhe mbajtja e shënimeve janë gjithashtu komponentët kryesorë të kësaj faze.

Kujdesi para testit: Elementët e një kujdesi të sigurtë, efektiv dhe të informuar. [2]

➤ **Parametrat e vlerësimit.**

Merrni parasysh faktorët e mëposhtëm:

1. Mosha dhe faza e zhvillimit, të dhënat përkatëse të historisë shëndetësore (p.sh., historia familjare, alergjitë; historia mjekësore, përvojat e mëparshme kirurgjikale, shikimi, dëgjimi, të folurit, dhe deficietet motorike), historia dhe zakonet sociale (p.sh. droga, duhani, alkooli, sëmundjet seksualisht të transmetueshme).
2. Aftësia për të ndjekur udhëzimet dhe për të bashkëpunuar në zbatimin e protokolleve procedurale (p.sh., ankthi, konfuzioni mendor dhe dobësitë ose kufizimet fizike, të tilla si imobilizimi i një frakture apo sëmundje të ndryshme); mënyra e përballimit, fobitë dhe kufizimet e tjera si bariera e komunikimit për shkak të gjuhës ose kulturës. Nevojat nutricionalë, ushqyerja me gastrostoma, sonda nazogastrike, linja IV. Nevoja për informacion (p.sh., niveli i të kuptuarit; njohuri për gjendjen, testet dhe procedurat; fshehje e përdorimit të duhanit, drogës ose alkoolit; statusi i rrezikut të hepatitit; dhe sëmundjet seksualisht të transmetueshme).

➤ **Faktorët që ndikojnë në testet diagnostikuese**

Medikamentet janë një faktor i rëndësishëm. Faktorët e mëposhtëm mund të ndikojnë rezultatet e testit:

- Medikamentet e rekomanduara nga mjeku
- Medikamentet e marra pa recetë
- Vitaminat
- Mineralet
- Preparatë hekuri
- Përdorimi i bimëve
- Dieta para testit
- Marrja e likideve
- Përdorimi i drogës, duhanit ose alkoolit
- Ekspozimi ndaj agjentëve toksikë

Faktorët shtesë që mund të ndikojnë në rezultatet e testit janë si më poshtë:

- Stresi dhe ankthi
- Frika
- Konfuzion
- Marrja e gabuar e mostrave
- Sforcime fizike
- Mosha
- Gjinia
- Pësia dhe forma e trupit
- Gabime në komunikim (emri pacientit gabim dhe/ose llojit të mostrës)
- Faktorë të tjerë (shtatëzënia)
- Dëmtime fizike
- Sëmundje të kaluara

- Gjendja aktuale shëndetësore
- Ndryshime mendore
- Ambjenti ku kryhet testimi

➤ **Kundërrindikimet e testimit**

Vlerësoni për kundërrindikacione ndaj testimit, të tilla si kushtet para-ekzistuese (p.sh. probleme kardiake, shtatëzani); pamundësia për të kuptuar ose ndjekur udhëzimet, ose për të bashkëpunuar fizikisht me testimin; i ç'orientuar; alergji ndaj agjentëve të kontrastit (p.sh., jodit), medikamenteve ose lateksit; ndikimi i procedurave diagnostikuese të mëparshme; probleme të qarkullimit të gjakut ose infeksione.

➤ **Përgatitja e Planifikimit**

Në planin e kujdesit duhet të përfshihen porositë e infermierit para, gjatë dhe pas testit. Merrni parasysh moshën, gjuhën, diversitetin kulturor, pajtueshmërinë, mirëkuptimin dhe mjedisin e kujdesit të pacientit. Gjithashtu kini parasysh pjesën ligjore dhe etike, duke përfshirë të drejtën e pacientit për informacion, shpjegim dhe udhëzime në lidhje me rreziqet, si dhe përfitimet e testeve dhe nënshkrimin e formularëve të konsensusit nga ana e pacientit. Infermierët dhe stafi tjetër shëndetësor kanë për detyrë të:

1. Ruajnë privatësisë dhe konfidencialitetin e informacionit
2. Të respektojnë të drejtën e pacientit për të dhënë pëlqimin, pyetjen ose refuzimin e testeve diagnostikuese
3. Të raportojë sëmundjet infektive në instancat shtetërore

Mjeku që urdhëron testin ka përgjegjësinë të informojë pacientin për rezultatet e testit, të interpretojë rezultatet e testit dhe të diskutojë testimin e mëtejshëm dhe vazhdimësinë e kujdesit. Antarrët e tjerë që ofrojnë kujdes shëndetësor duhet të jenë në dijeni të diagnozave në mënyrë që të mund të minimizohen rreziqet.

➤ **Planifikimi i testeve dhe procedurave diagnostikuese**

Për testet që këshillohet pacienti të jetë esëll planifikohen fillimisht. Procedurat që përdorin kontrast planifikohen para ekzaminimeve me rreze (skaner ose rezonance) dhe pas marrjes së gjakut për analiza. Testet jo invazive bëhen përpara procedurave invazive (p.sh. EKG para kateterizimit kardiak).

Procedurat që janë në seri planifikohen për një periudhë ditësh (p.sh., testet për infeksione). Disa teste pasqyrojnë aktivitetin ditor dhe duhet të planifikohen në kohën e duhur (p.sh. herët në mëngjes). Bashkëpunoni me laboratorët diagnostikues për caktimin e procedurave të caktuara, sepse një numër i kufizuar analizash mund të bëhen në një ditë të caktuar (p.sh. mielograma, kateterizimi kardiak). Disa procedura bëhen menjëherë në situata emergjente dhe vonojnë procedurat e planifikuara rregullisht. Planifikimi përfshin gjithashtu

privatësinë për pacientin, sigurinë, parandalimin e komplikimeve dhe menaxhimin e rreziqeve.

Kujdesi gjatë testit: Elementët e një kujdesi të sigurtë, efektiv dhe të informuar.
[2]

➤ **Marrja e mostrave për testim dhe asistoni në kryerjen e procedurave diagnostikuese**

Mostrat më të zakonshme të marra për analiza janë gjaku, urina, feçet, sekrecionet e gojës dhe sputumi. Llojet e procedurave që kanë nevojë për të asistuar janë endoskopia, punkSIONIN lumbar dhe kateterizimin kardial etj. Procedurat diagnostike që infermierët kryejnë në mënyrë të pavarur përfshijnë, pap testin, centrifugimin e mostrave të gjakut, EKG, testet respiratore dhe pulsoksimetria.

➤ **Kontrolli i infeksioneve**

Përdorni masa speciale dhe teknika sterile sipas rastit. Është e rëndësishme për të identifikuar pacientët në rrezik për infeksion, për të parandaluar infeksionet e lëkurës dhe indeve, për të përdorur teknikën aseptike sipas nevojës dhe për të krijuar izolim kontakti ose respirator sipas nevojës. Infermieri duhet të sigurojë mbledhjen, transportin dhe marrjen e duhur të mostrave dhe të përdorë mjete të pastruara në mënyrë të duhur. Masa paraprake udhëzon se të gjithë personat e ekspozuar ndaj lëngjeve dhe indeve të trupit për t'u mbrojtur duhet të supozojnë se çdo kontakt i drejtpërdrejtë është potencialisht infektiv nga çdo person - i gjallë apo i vdekur (p.sh. gjaku, indet dhe lëngjet e tjera trupore, mostrat dhe kulturat janë përcaktuar si potencialisht infektive).

➤ **Përdorni kitet, pajisjet dhe mjetet e kërkuara**

- Përdorni kite dhe mbajtës të veçantë për marrjen e mostrave. Mos përdorni një paketë ose gotë për mostrat nëse vëreni një defekt (p.sh. lagështi, vrima,). Mos përdorni pajisjet për marrjen e mostrës më shumë se një herë (p.sh. shiritat për analizën e urinës). Nëse glukometri nuk jep përgjigje ose shiriti i testit të urinës nuk ndryshon ngjyrën, mbledhni materiale të reja dhe filloni testin nga e para.
- Përdorni ngjitësin me kujdes, veçanërisht kur integriteti i lëkurës mund të çënohet lehtësisht te pacientët e dobët ose të moshuar.
- Siguroni kontejnerët e duhur për urinën për mostrën e marrë në shtëpi.
- Disa procedura p.sh endoskopike kërkojnë pajisje speciale të tilla si monitorët apo kamera
- Përdorimi dhe ruajtja e teknikës aseptike gjatë procedurave të caktuara (p.sh., cistoskopia, biopsia e palcës kockore)

➤ **Pozicioni për procedurat diagnostike**

Pozicionimi i duhur përfshin vendosjen e pacientit në pozicionin më të mirë të mundshëm për procedurën dhe shtrirjen e duhur të trupit për funksionin optimal të frymëmarrjes dhe qarkullimit të gjakut. Këto përfshijnë pozicionet ulur, shtrirë

në shpinë, trendelenburg etj. Efektet e mundshme negative të pozicioneve të ndryshme, veçanërisht gjatë procedurave të gjata, përfshijnë dëmtimin e lëkurës, komprimimin venoz, dëmtimin e nervave dhe muskujve etj. Gjatë pozicionimit duhet të siguroheni që rrugët respiratore, linjat venoze dhe pajisjet monitoruese të pacientit të mos dëmtohen Nëse ka plagë, dëmtime të lëkurës, dokumentoni me saktësi praninë dhe vendndodhjen e tyre përpara procedurës.

➤ **Administrimi i medikamenteve dhe solucioneve si kontrasti**

Të gjitha medikamentet dhe solucionet e administruara gjatë procedurave diagnostikuese jepen sipas udhëymeve të caktuara. Medikamentet mund të jepen orale, rektale, intranazale, nëpërmjet tubit të intubimit, me injeksion (IV, IM ose SC) dhe me aplikime lokale. Njihuni më përpara me potencialin për reaksione të padëshiruara. Para fillimit të procedurës, konfirmoni me pacientin reagimet e mëparshme ndaj medikamenteve. Rreziqet për dëmtim lidhen me mbindjeshmërinë, reaksionet alergjike ose toksike, reaksionet medikamentoze, intoleranca ndaj medikamenteve të shkaktuar nga sëmundjet e heparit ose veshkave, ekstrasvazimin e likideve venoze. Infermieri duhet të jetë i aftë të menaxhojë rrugët respiratore; monitorimi i marrjes dhe eliminimit të likideve; monitorimi i temperaturës së trupit; dhe duke vëzhguar efektet e sedacionit dhe analgjezisë (p.sh., shenjat vitale, inspektimi i lëkurës për skuqje, edemë). Medikamentet kryesore të përdorura për procedura diagnostikuese për sedacion dhe analgjezi përfshijnë benzodiazepinat dhe opiatet. Më të përdorurat përfshijnë diazepam (Valium), midazolam, lorazepam, fentanyl dhe morfinë. Benadryl mund të përdoret për qetësim e reaksione alergjike. Disa nga këto medikamente funksionojnë si depresorë të SNQ dhe për këtë arsye mund të kundërvendohen në kushte të caktuara

➤ **Menaxhimi i mjedisit**

Qëllimi kryesor i kontrollit të mjedisit është për të siguruar që pacienti të ndihet i sigurtë, komfort dhe pa rrezikshmëri. Jini të vëmendshëm ndaj temperaturës dhe cilësisë së ajrit; temperatura e pacientit; ekspozimi ndaj rrezatimit, lateksit dhe aromave të dëmshme; kontrollin e infeksioneve dhe kushtet higjienike. Mos harroni të:

- Merrni masa paraprake ndaj alergjisë nga lateksi dhe goma.
- Eliminoni ose modifikoni stimujt ndijor (p.sh. zhurma, aromat, tingujt).
- Vendosni një shenjë PACIENTI ZGJUAR nëse pacienti është zgjuar gjatë një procedure.
- Jini të kujdesshëm ndaj bisedave ndërmjet anëtarëve të ekipit në prani të pacientit. Në rastin më të mirë, mund të bezdisni pacientin dhe në rastin më të keq, mund të keqinterpretohet dhe të ketë efekte dhe pasoja negative.
- Vlerësoni, trajtoni dhe dokumentoni dhimbjen dhe shqetësimin e pacientit, nauze ose të vjella

Kujdesi pas testit: Elementët e një kujdesi të sigurtë, efektiv dhe të informuar. [2]

Fokusi i fazës pas testit është në kujdesin e pacientit pas testimeve, aktivitetet pasuese, observimet, dokumentimin dhe monitorimin e nevojshëm për të parandaluar ose minimizuar komplikacionet. Vlerësimi i rezultateve dhe efektiviteti i kujdesit, këshillimi ndjekës, planifikimi dhe referimet e duhura pas testit janë komponentët kryesorë të kësaj faze. Është vënë re se sjelljet verbale dhe joverbale nga personeli shëndetësor mund të kenë ose një ndikim pozitiv ose një ndikim negativ në pajtueshmërinë e pacientit me rekomandimet dhe planet e trajtimit. Sjelljet verbale pozitive përfshijnë ndjeshmërinë, sigurinë, mirësjelljen dhe shpjegimin. Sjelljet pozitive joverbale përfshijnë tundjen e kokës, fokusimin e drejtpërdrejtë të pacienti dhe gjuha e trupit. Sjelljet që duhen shmangur përfshijnë të qenit dominues ose të pavëmendshëm.

➤ **Mënyrat e kujdesit pas testimit**

- Garantoni sigurinë e pacientit duke monitoruar për komplikacione dhe rreziqe të mundshme. Komplikacionet më të shpeshta pas procedurave invazive mund të jenë hemoragjia, infeksioni, vështirësi në frymëmarrje, perforim i organeve dhe efektet anësore të sedacionit ose anestezia lokale dhe të përgjithshme. Vini re për shenja dhe simptoma që kanë lidhje me këto komplikacione si p.sh, skuqe, ënjtje, shenja acarimi të lëkurës, dhimbje ose ndjeshmëri, dispne, tinguj jonormalë të frymëmarrjes, cianozë, bradi ose takikardi, hypo ose hyper tensioni arterial, shenjat e laringospazmës, axhitim, zbehje ose ankohet për marramendje. Nëse ndodhin reaksione ose ngjarje të padëshiruara, kontaktoni mjekun menjëherë dhe filloni trajtimin sa më shpejt të jetë e mundur.
- Merrni masa paraprake për alergjitë ndaj kontrastit kur jepen agjentë të tillë si jodi, prdukte latex, ose kur janë administruar sedative ose analgjezi të moderuar.
- Ndiqni protokollet e vendosura sipas vendit të punës për kohën e daljes së pacientit nga klinika pasi ka përfunduar testimi ose procedura diagnostikuese. Për procedurat komplekse që janë invazive ose kërkojnë qetësim, sigurohuni që një person i përgjegjshëm ta shoqërojë pacientin në shtëpi. . Jepni udhëzime specifike në lidhje me kontrollin e infeksioneve, eliminimi i bariomit, ndjeshmëria ndaj jodit, rifillimi i aktiviteteve të përditshme si para testimit dhe dietën.
- Ndërhyni menjëherë kur vlerat laboratorike kritike janë shumë të larta ose të ulëta. Vlerat laboratorike përfaqësojnë gjendje të rënda mjekësore që mund të jenë kërcënuese për jetën nëse nuk merren masa të menjëhershme. Njoftoni menjëherë mjekun dhe anëtarët e tjerë të kujdesit shëndetësor për të ndërmarrë hapat për një trajtim të menjëhershëm(p.sh., një glicemi më pak se 70 ose mbi 300 mg/dL

➤ **Dokumentimi dhe Raportimi i rezultateve**

Të dhënat e kujdesit shëndetësor të pacientit janë e vetmja mënyrë për të vërtetuar nevojën për kujdesin diagnostik, cilësinë dhe llojin e kujdesit, përgjigjen e pacientit ndaj kujdesit. Si dhe për të siguruar që standardet aktuale të kujdesi mjekësor dhe infermieror dhe testimi diagnostik janë përmbushu. Saktësia, kompletimi, objektiviteti dhe lexueshmëria janë shumë të rëndësishme në procesin e dokumentimit. Dokumentacioni për analizat laboratorike dhe diagnostike përfshin regjistrimi i të gjithë kujdesit para-testit, gjatë testit dhe pas testit:

- Shënoni kohën, ditën, muajin dhe vitin saktë. Ky informacioni ka një rëndësi të madhe. Vendosni të dhënat e duhura të vlerësimit dhe shënoni të dhënat e pacientit shqetësimet dhe pyetjet që ndihmojnë në përcaktimin e diagnozave infermiore dhe fokusi për planifikimin e kujdesit. Dokumentoni edukimin dhe përgatitjen specifike të pacientit përpara procedurës. Shmangni përgjithësimet.
- Kur një person tjetër i afërm ose kujdestar është i pranishëm, dokumentoni emrin e tij/saj dhe marrëdhënien me pacientin. Shënoni se është marrë aprovimi i pacientit për të dhënë informacion konfidencial të testit me personin prezent para se të zbulohen të dhënat.
- Shënoni përgatitjen, efektet anësore, rezultatet e pritura dhe faktorët që mund të ndikojnë. Dokumentoni informacionin e dhënë dhe përgjigjen e pacientit ndaj atij informacioni. Mbani shënim të gjitha udhëzimeve të dhëna pacientit. Regjistroni medikamentet, trajtimet, ushqyerjen dhe marrjen e lëngjeve, fillimin dhe përfundimin e marrjes së mostrës dhe kohën e procedurës, rezultatet dhe gjendjen e pacientit gjatë të gjitha fazave të kujdesit diagnostik.
- Regjistroni refuzimin e pacientit për t'iu nënshtruar testeve diagnostikuese. Vini re arsyet, duke përdorur fjalët e vetë pacientit nëse është e mundur. Dokumentoni sjellje të rëndësishme joadekuate si refuzimi ose pamundësia për të qënë esëll, Marrja jo në sasinë e duhur të mostrës, mostra të papërshtatshëm ose të marra nga vetë pacienti jo në mënyrën e duhur dhe anulimin e takimit. Raportoni këtë informacion në kartelën e pacientit
- Njoftoni pacientët në lidhje me rezultatet e testit në kohën e duhur dhe dokumentoni se pacienti ose familjari është njoftuar. Dokumentoni edukimin dhe këshillimin e pacientit në vazhdimësi.
- Raportoni rezultatet tek profesionistët e caktuar. Raportoni vlerat kritike menjëherë dhe dokumentoni se kujt iu raportuan rezultatet, porositë që morët dhe trajtimin që u fillua urgjente. Gjithashtu, raportoni shenjat vitale, rezultatet laboratorike që edhe pse jashtë kufijve të referencës mund të mos jenë të jetë kërcënuese për jetën, por mund të ketë një efekt negativ për pacientin
- Raportoni të gjitha sëmundjet infektuese në departamentin përkatës
- Raportoni dhe dokumentoni situata që janë të detyrueshme për tu deklaruar nga shteti (p.sh., dyshimi për abuzim të moshuarve ose abuzimi i fëmijëve).

Referenca

1. Nurse's Manual of Laboratory and Diagnostic Tests. Fourth edition
By Bonita Morrow Cavanaugh, PhD, RN
2. Nurse's Quick Reference to Common Laboratory & Diagnostic Tests. Fifth edition
By Marshall Barnett Dunning III, BS, MS, PhD, and Frances Talaska Fischbach, RN, BSN, MSN

8

VLERËSIMI KRITIK

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Njohin dhe përshkruajnë vlerësimin kritik si element i rëndësishëm i praktikës infermiere
- ☐ Identifikojnë dhe përshkruajnë hapat e vlerësimit kritik

Një infermier/e profesioniste vlerëson një situatë dhe merr vendime në lidhje me planin më të mirë të veprimit për të zgjidhur një problem. Këto vendime dhe veprime bazohen në një grup njohurish dhe zbatimi i tyre nga ana e infermierëve kërkon aftësi njohëse dhe psikomotore. Procesi infermior është përdorur për më shumë se 25 vjet si një qasje sistematike ndaj praktikës infermiere. Procesi është një metodë efikase dhe efektive për organizimin e njohurive infermiere dhe vendimmarrjes klinike në ofrimin e kujdesit të planifikuar ndaj klientit. Edhe pse i është nënshtruar rivlerësimit dhe rishikimit të vazhdueshëm, konceptet brenda procesit mbeten ende qendrore për praktikën infermiere. Në mbarë botën, procesi i infermierisë u mësohet studentëve të infermierisë në vitin e parë të studimeve. Vende të ndryshme përdorin formate të ndryshme të procesit infermior. Në Angli, procesi i infermierisë përbëhet nga katër hapa: vlerësimi/identifikimi, planifikimi, zbatimi dhe vlerësimi. Në Shtetet e Bashkuara,

procesi i infermierisë përbëhet nga pesë hapa: vlerësimi, diagnoza, planifikimi, zbatimi dhe rivlerësimi. Në Shqipëri, programet e studimit të infermierisë përdorin formatin e procesit infermior me pesë hapa dhe diagnoza infermiore që është dhe baza e vlerësimit kritik është hapi i dytë i këtij procesi. Qëllimi i diagnozës infermiore është të komunikojë në mënyrë efektive nevojat e kujdesit të pacientit midis anëtarët të ekipit të kujdesit dhe brenda sistemit të ofrimit të kujdesit shëndetësor. Megjithatë termi diagnozë infermiore mund të ketë shumë kuptime, në fakt ai është një përkufizim i procesit të infermierisë. Studimet kanë treguar se përdorimi i diagnozës infermiore ka një potencial të madh për të parashikuar rezultatet e pacientit dhe organizimit. Përveç kësaj, përdorimi sistematik i diagnozave infermiore në praktikën klinike, si dhe shpërndarja e të dhënave infermiore me cilësi të lartë në baza të të dhënave të mëdha, mund të japë një nxitje të konsiderueshme në kontributin e infermierisë në rezultatet e kujdesit shëndetësor. Përveç kësaj, përdorimi i diagnozës infermiore në praktikën klinike është i vlefshëm për shumë arsye. Diagnoza infermiore është baza e planeve të kujdesit infermior. Gjithashtu, diagnoza infermiore synon ose përshkruan rezultatet / objektivat e pritshme dhe ndërhyrjet infermiore të nevojshme për të përmbushur këto objektiva. Diagnoza e përcaktuar infermiore vlerëson përparimin e pacientit dhe zgjidhjen më të thjeshtë të problemeve [1]. Analiza e të dhënave shpesh quhet edhe faza diagnostike ose faza e arsyetimit klinik sepse rezultati ose qëllimi përfundimtar është identifikimi i një diagnoze infermiore (promovimi i shëndetit, mirëqenia, aktuale ose rreziku), problemeve kolaborative ose nevoja për referim te një profesionist tjetër i kujdesit shëndetësor. Mendimi kritik është mënyra në të cilën infermieri përpunon informacionin duke përdorur njohuritë, përvojat e kaluara, intuitën dhe aftësitë njohëse për të formuluar përfundime ose diagnoza [2].

Analiza e të dhënave dhe të menduarit kritik-Hapi i dytë i procesit infermior

Si hapi ose faza e dytë e procesit infermior, analiza e të dhënave është një hap shumë i vështirë, sepse infermieri për të interpretuar me saktësi të dhënat i kërkohej të përdorë aftësitë e arsyetimit diagnostik. Arsyetimi diagnostikues është një formë e të menduarit kritik. Për shkak të natyrës komplekse të infermierisë si shkencë dhe si art, infermieri duhet të mendojë në mënyrë kritike - në një mënyrë racionale, të vetëdrejtuar, inteligjente dhe me qëllim. Infermieri duhet të zhvillojë disa karakteristika për të menduar në mënyrë kritike dhe arsyetimi i shëndoshë duhet të mbështesë gjykimet, idetë dhe shmangien e vendimeve të nxituara. Mendimtari infermier kritik reflekton mbi mendimet dhe kur është e nevojshme mbledh më shumë informacion. Ai përdor çdo përvojë klinike për të mësuar informacione të reja dhe për të shtuar bazën e njohurive. Një aspekt tjetër i rëndësishëm i të menduarit kritik përfshin ndërgjegjësimin për ndërveprimet njerëzore dhe mjedisin, i cili jep sinjale dhe ndikon drejtpërdrejt në vendimet dhe gjykimet.

PROCESI I ARSYETIMIT DIAGNOSTIK

Përpara se të fillojnë analizimin e të dhënave, infermierët duhet të sigurohen që të kenë kryer me saktësi hapat e fazës së vlerësimit të procesit të infermieror (mbledhja dhe organizimi i të dhënave të vlerësimit, vërtetimi i të dhënave dhe dokumentimi i të dhënave). Ky informacion i mbledhur do të ketë një ndikim të thellë në përfundimet që arrihen në hapin e analizës së procesit infermieror.

Faza e analizimit të të dhënave - faza diagnostike e procesit infermieror përbëhet nga komponentët e mëposhtëm thelbësorë:

- grupimi dhe organizimi i të dhënave,
- vërtetimi i të dhënave dhe krahasimi i të dhënave me normat,
- grumbullimi i të dhënave për të nxjerrë përfundime,
- gjenerimi i hipotezave të mundshme në lidhje me problemet e klientit,
- formulimi i një gjykimi klinik profesional, dhe
- vërtetimi i gjykimit me klientin.

Këta komponentë bazë janë organizuar në mënyra të ndryshme për të thyer procesin e arsyetimit diagnostik në hapa lehtësisht të kuptueshëm. Pavarësisht se si është organizuar informacioni ose titulli i hapave, arsyetimi diagnostik gjithmonë përbëhet nga këto komponentë.

Ky leksion paraqet shtatë hapa të dallueshëm për të ofruar një shpjegim të qartë dhe konciz se si të kryhet analizimi i të dhënave

HAPI I PARË—IDENTIFIKIMI I TË DHËNAVE DHE PARAQITJET ANORMALE

Kërkon identifikimin e gjetjeve jonormale dhe pikat e forta të klientit. Për këtë infermieri duhet të ketë dhe të përdorë një bazë njohurish të anatomisë dhe fiziologjisë, psikologjisë dhe sociologjisë. Përveç kësaj, infermierët duhet të krahasojnë të dhënat e mbledhura të vlerësimit me gjetjet në grafikët e besueshëm dhe burimet e referencës që ofrojnë standarde dhe vlerat për normat fizike dhe psikologjike (d.m.th., gjatësia, kërkesat ushqyese, rritja dhe zhvillimi). Për më tepër, infermierët duhet të kenë edhe njohuri bazë për faktorët e rrezikut. Faktorët e rrezikut bazohen në të dhënat e klientit si gjinia, mosha, përkatësia etnike dhe profesioni. Prandaj, infermierët duhet të kenë akses në të dyja të dhënat e ofruara nga klienti dhe faktorët e njohur të rrezikut për sëmundje specifike ose çrregullime.

Njohuritë e infermierit për anatominë dhe fiziologjinë, psikologjinë dhe sociologjinë; përdorimi i materialeve referente; dhe vëmendja ndaj faktorëve të rrezikut ndihmon për të identifikuar pikat e forta, rreziqet dhe gjetjet jonormale. Kur identifikohen pikat e forta dhe gjetjet jonormale duhet të analizohen si të dhënat subjektive dhe ato objektive.

HAPI I DYTË - GRUPIMI DHE ORGANIZIMI I TË DHËNAVE

Gjatë hapit të dytë, infermieri/ja shikon gjetjet anormale të identifikuara dhe pikat e forta për shenjat e shfaqura. Grupimi duhet të përfshijë si shenjat jonormale ashtu edhe pikat e forta. Gjatë këtij hapi infermierët, mund të zbulojnë se sinjale

të caktuara po tregojnë drejt një problemi, por nevojiten më shumë të dhëna për të mbështetur përcaktimin e atij problemi. Për shembull, një klient mund të ketë një kollë joproduktive me frymëmarrje të vështira me një shpejtësi prej 24 në minutë. Megjithatë, nuk ka mbledhur të dhëna për statusin e tingujve të frymëmarrjes. Në një situatë të tillë, infermierit do t'i duhet të vlerësoj tingujt e frymëmarrjes së klientit për të formuluar një problem të përshtatshëm diagnostikues infermieror ose problem bashkëpunues/kolaborativ.

HAPI I TRETË - GRUMBULLIMI I TË DHËNAVE PËR TË NXJERRË PËRFUNDIME

Hapi i tretë kërkon që infermierët të shkruajnë paragjykimet për çdo grup sugjerimesh. Për shembull, bazuar në grupin e sugjerimeve në hapin e dytë si - skuqje në fytyrë, qafë, gjoks dhe shpinë; alopecia me njolla; infermierët duhet të shkruajnë se çfarë mendojnë se thonë këto të dhëna dhe do të përcaktojnë nëse është diçka që infermierët mund ta trajtojnë në mënyrë të pavarur. Mendimi infermieror për këtë grup të të dhënave mund të jetë: *"Ndryshimet në pamjen fizike po ndikojnë në perceptimin e vetvetes"*. Kjo është diçka për të cilën infermieri do të ndërhynte dhe do ta trajtonte në mënyrë të pavarur. Prandaj, infermieri më pas do të kalonte në hapin e katërt: analiza e të dhënave për të formuluar një diagnozë infermierore. Nëse përfundimi që del nga një grup sugjerimesh sugjeron nevojën për ndërhyrje mjekësore dhe infermierore për të zgjidhur problemin, infermierët duhet të përpiqen të krijojnë probleme kolaborative. Problemet e kolaborative përkufizohen si *"ndërlikime të caktuara fiziologjike që infermierët monitorojnë për të zbuluar fillimin e tyre ose ndryshimet në status"*; infermierët menaxhojnë problemet kolaborative duke përdorur përshtatjet nga mjeku dhe infermieri dhe ndërhyrje për të minimizuar ndërlikimet e ngjarjeve. Problemet e kolaborative kanë pa aq rëndësi sa dhe diagnozat infermierore, por ato përfaqësojnë rolin e ndërvarur ose bashkëpunues të infermierisë. Një qëllim tjetër i hapit të tretë është referimi i problemeve të identifikuar për të cilat infermierët nuk mund të përshkruajnë trajtim përfundimtar. Referimi mund të përkufizohet si lidhja e klientëve me profesionistë dhe burime të tjera. Për shembull, nëse shfaqet problemi i bashkëpunimit për të cilin infermieri monitoron, një problem i menjëhershëm për referim te mjeku ose infermieri i klientit është i nevojshëm për zbatimin e trajtimit mjekësor. Një shembull tjetër mund të jetë një klient me diabet, i cili ka probleme për të kuptuar dietën e shkëmbimit. Megjithatë infermieri ka njohuri në këtë fushë, referimi te një dietolog mund t'i sigurojë klientit informacione të përditësuara dhe t'i lejojë infermierit më shumë kohë për t'u marrë me problemet e klientit brenda fushës së infermierisë. Një arsye tjetër e rëndësishme për referim është identifikimi ose dyshimi i një problemi mjekësor bazuar në të dhënat subjektive dhe objektive të mbledhura. Në raste të tilla, është i nevojshëm referimi te mjeku i klientit, infermieri ose një specialist tjetër. Procesi i referimit ndryshon nga njëri mjedis i kujdesit shëndetësor në një mjedis tjetër

të kujdesit shëndetësor. Ndonjëherë infermieri bën një referim të drejtpërdrejtë. Herë të tjera mund të jetë politika që të njoftohet infermieri ose mjeku i cili, nëse nuk mund të ndërhyjë, dhe do të bëjë referimin. Për të kursyer kohë dhe për të ofruar kujdes me cilësi të lartë për klientin, infermierët duhet të sigurohen që janë të njohur me procesin e referimit të përdorur në mjedisin e tyre të kujdesit shëndetësor.

HAPI I KATËRT – PROPOZONI DIAGNOZA TË MUNDSHME INFERMIERORE

Nëse zgjidhja e situatës kërkon kryesisht ndërhyrje infermierore, infermierët do të hipotizojnë dhe krijojnë diagnoza të mundshme infermierore. Diagnozat infermierore mund të jenë diagnoza të mirëqenies ose promovimit të shëndetit; diagnozat e rrezikut; ose diagnoza aktuale dhe diagnozat e sindromës. Një diagnozë e mirëqenies, ose një diagnozë infermierore e promovimit të shëndetit, tregon se klienti (individi, familja, komuniteti) ka motivimin për të rritur mirëqenien dhe për të përmirësuar sjelljet shëndetësore. Ka raste kur klientët janë të gatshëm të përmirësojnë një nivel funksioni tashmë të shëndetshëm. Kur ekziston një mundësi e tillë, infermierët mund të mbështesin lëvizjen e klientit drejt shëndetit dhe mirëqenies më të madhe duke identifikuar "gatishmërinë për" emërtimin diagnostik (p.sh., gatishmëri për gjumë të përmirësuar).

Një diagnozë rreziku tregon se klienti nuk e ka aktualisht problemin, por është në rrezik të lartë për ta zhvilluar atë (p.sh. rrezik për integritetin e dëmtuar të lëkurës lidhur me palëvizshmërinë, ushqimin e dobët dhe inkontinencën). Në disa raste mund të jetë e përshtatshme aplikimi i diagnozës sindromë që përfshin një grup diagnozash infermierore që lidhen me njera-tjetrën [2].

HAPI I PESTË—KONTROLLO PËR PËRCAKTIMIN E KARAKTERISTIKAVE

Në këtë pikë në analizimin e të dhënave, infermieri duhet të kontrollojë për përcaktimin e karakteristikave për grupimet e të dhënave dhe hipotezat e diagnozave, në mënyrë që të zgjedhë diagnozat më të sakta dhe të fshijë ato diagnoza që nuk janë të vlefshme ose të sakta për klientin. Ky hap është shpesh i vështirë sepse emërtimet diagnostike mbivendosen, duke e bërë të vështirë identifikimin e diagnozës më të përshtatshme. Për shembull, kategoritë diagnostike të shkëmbimit të dëmtuar të gazit, pastrimit joefektiv të rrugëve të frymëmarrjes dhe modeleve joefektive të frymëmarrjes pasqyrojnë të gjitha problemet e frymëmarrjes, por secila përdoret për të përshkruar një model reagimi njerëzor dhe grup karakteristikash përcaktuese shumë të ndryshëm.

Tekste referimi të tilla si (NANDA) Diagnozat Infermierore: Përkufizime dhe Klasifikimet 2021–2023 [3] mund të ndihmojnë infermierët në përcaktimin se kur dhe kur të mos përdorë secilën kategori diagnostikuese infermierore. Ndiemon në përjashtimin e diagnozave të pavlefshme dhe zgjedhjen e diagnozave të vlefshme. Kështu, si përkufizimi ashtu edhe karakteristikat përcaktuese duhet të krahasohen me grupin e të dhënave të klientit për t'u siguruar që janë zgjedhur diagnozat e sakta.

HAPI I GJASHTË—KONFIRMONI OSE SKUALIFIKONI DIAGNOZAT

Nëse të dhënat e grupit sugjerues që nuk plotësojnë karakteristikat përcaktuese, mund ta përjashtojnë atë diagnozë të veçantë. Nëse të dhënat e grupit sugjerues plotësojnë karakteristikat përcaktuese, diagnoza duhet të verifikohet me klientin dhe profesionistët e tjerë të kujdesit shëndetësor që kujdesen për klientin. Infermierët duhet ti tregojnë klientit se si ai e percepton diagnozën e tij. Shpesh terminologjia e diagnozës infermiere është e vështirë për t'u kuptuar nga klienti. Për shembull, nuk do t'i thuhej klientit se besohet se ai ka ushqyerjen të dëmtuar: më pak se kërkesat e trupit. Në vend të kësaj, mund ti thuhej se besohet se marrja aktuale e ushqimit nuk është adekuate për të nxitur shërimin e indeve të trupit. Pastaj do ta pyetur klienti nëse kjo dukej të ishte një deklaratë e saktë e problemit. Është thelbësore që klienti të kuptojë problemin në mënyrë që trajtimi të mund të zbatohet siç duhet. Nëse klienti nuk është në një gjendje mendore koherente për të ndihmuar në vërtetimin e problemit, infermierët duhet të konsultohen me anëtarët e familjes ose persona të tjerë të rëndësishëm, apo edhe profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor.

Vërtetimi është gjithashtu i rëndësishëm me klientin që ka një problem kolaborativ ose që kërkon një referim. Nëse klienti ka një problem kolaborativ, infermierët duhet ta informojnë atë se cilat shenja po monitorojnë. Për shembull, mund t'i thuhet klientit se do të monitorojnë presionin e gjakut dhe nivelin e vetëdijes çdo 30 minuta për disa nga orët e ardhshme. Është gjithashtu e rëndësishme që të bashkëpunohet me klientin në lidhje me referimet për të përcaktuar se çfarë nevojitet për të zgjidhur problemin dhe për të diskutuar burimet e mundshme për ta ndihmuar atë. Kur është e mundur, klientit duhet ti jepet një listë e burimeve të mundshme (duke përfshirë disponueshmërinë dhe koston). Klienti duhet ndihmuar se si ta bejë referimin nëpërmjet telefonit dhe të ndiqet në vazhdimësi për të përcaktuar nëse referimi është bërë dhe nëse klienti ishte i lidhur me burimet e duhura.

HAPI I SHTATË—DOKUMENTIMI I KONKLUZIONEVE

Infermierët duhet të sigurohen që kanë dokumentuar të gjitha gjykimet e tyre profesionale dhe të dhënat që mbështesin ato gjykime. Dokumentacioni i mbledhjes së të dhënave duhet të bëhet përpara analizës dhe në vazhdimësi. Udhëzimet për dokumentimin e saktë përshijnë dokumentimin e diagnozave infermiere, problemeve kolaborative dhe referimeve.

Diagnozat infermiere shpesh dokumentohen dhe formulohen në formate të ndryshme. Formatet më të dobishme përfshijnë: diagnozat aktuale infermiere, diagnozat infermiere mirëqënies dhe promovimit të shëndetit, diagnozat infermiere të rrezikut, diagnozat infermiere të sindromës dhe problemet kolaborative dhe referimet [2].

4 LLOJET E DIAGNOZAVE INFERMIERORE

Ekzistojnë 4 lloje të diagnozës infermierore sipas NANDA-I [4]. Ata janë:

- ✓ **I fokusuar te problemi - diagnozat aktuale infermierore**
- ✓ **Rreziku- diagnozat infermierore të rrezikut**
- ✓ **Promovimi i shëndetit- diagnozat infermierore mirëqënies dhe promovimit të shëndetit**
- ✓ **Sindromi- diagnozat infermierore të sindromës**

1. Diagnoza e fokusuar në problem

Një problem i pacientit i pranishëm gjatë një vlerësimi infermieror njihet si një diagnozë e fokusuar në problem. Në përgjithësi, problemi shihet gjatë disa turneve ose gjatë gjithë shtrimit në spital të pacientit. Megjithatë, mund të zgjidhet gjatë një turni në varësi të kujdesit infermieror dhe mjekësor.

Diagnozat e fokusuara në problem kanë tre komponentë.

- Diagnoza infermierore
- Faktorët e ndërlidhur/lidhur
- Karakteristikat përcaktuese

Shembull: **Model infektiv i frymëmarrjes** i lidhur me **zvogëlim të zgjerimit të mushkërive** e evidentuar me **dispne, kollë dhe vështirësi në frymëmarrje.**

Shembuj të këtij lloji të diagnozës infermierore përfshijnë:

- Ulje e prodhimit kardiak
- Kapsllëk/konstipacion kronik funksional
- Shkëmbimi i dëmtuar i gazit

Diagnozat infermierore të përqendruara te problemi zakonisht bazohen në shenjat dhe simptomat e pranishme tek pacienti. Ato janë diagnozat më të zakonshme infermierore dhe më të lehta për t'u identifikuar.

2. Diagnoza infermierore e rrezikut

Një diagnozë infermierore e rrezikut zbatohet kur faktorët e rrezikut kërkojnë ndërhyrje nga infermierja dhe ekipi i kujdesit shëndetësor përpara se të zhvillohet një problem real.

Diagnozat e rrezikut kanë dy komponentë.

- Faktorët e rrezikut= Diagnoza infermierore
- Karakteristikat përcaktuese

Shembull: **Rrezik për pastrim joefektiv të rrugëve të frymëmarrjes e evidentuar me akumulim të sekrecioneve në mushkëri.**

Shembuj të këtij lloji të diagnozës infermierore përfshijnë:

- Rrezik për volumin e çekuilibruar të lëngjeve
- Rreziku për një proces joefektiv të lindjes së fëmijëve
- Rrezik për dëmtim të integritetit të mukozës orale

Ky lloj diagnoze shpesh kërkon arsyetim klinik dhe gjykim infermieror.

3. Diagnoza e promovimit të shëndetit

Qëllimi i një diagnoze infermierore të promovimit të shëndetit është të përmirësojë mirëqenien e përgjithshme të një individi, familjeje ose komuniteti.

Diagnozat e **promovimit të shëndetit** kanë tre komponentë.

- Diagnoza infermierore
- Karakteristikat përcaktuese
- Efektin/rezultatit e pritshëm si pasojë e ndërhyrjes infermierore

Shembull: **Gadishmëria për përmirësimin e përballjes së familjes** siç dëshmohet/evidentohet nga **verbalizimi i dëshirës për informacion që do të rrisë zgjedhjet shëndetësore**

Shembuj të këtij lloji të diagnozës infermierore përfshijnë:

- Gatishmëria për procese të përmirësuar familjare

- Gatishmëria për shpresë të shtuar

4. Diagnoza e sindromës

Diagnoza e sindromës i referohet një grupi diagnozash infermierore që ndodhin në një model ose mund të adresohen të gjitha përmes ndërhyrjeve të njëjta ose të ngjashme infermierore.

Diagnozat e **sindromës** kanë një komponent:

- Diagnoza infermierore/emërtimi

Shembull: **Sindromi i dhimbjes kronike**

Shembuj të kësaj diagnoze përfshijnë:

- Ulje e prodhimit kardiak
- Ulje e perfuzionit të indit kardiak
- Perfuzioni joefektiv i indit cerebral
- Perfuzioni joefektiv i indit periferik

Problemet e kolaborative dhe referimet

Diagnozat infermierore janë deklarata që përshkruajnë përgjigjen njerëzore ndaj një problemi aktual ose të mundshëm shëndetësor. Infermierët mund të diagnostikojnë në mënyrë të pavarur përgjigjen njerëzore ndaj një ndryshimi në shëndet dhe të përshkruajnë ndërhyrje për të lehtësuar ose zvogëluar ndikimin e këtij ndryshimi shëndetësor tek individ, familja ose komuniteti. Një problem kolaborativ është një problem pacienti që kërkon që infermierja - me mjekun dhe ofruesit e tjerë të kujdesit shëndetësor - të monitorojë, planifikojë dhe zbatojë kujdesin ndaj pacientit [5].

Shembull. Znj. J. u diagnostikua me tejkalim të vëllimit të lëngjeve. Një shembull i një ndërhyrjeje kolaborative infermierore është konsultimi me një terapist të frymëmarrjes kur pacienti ka nivele të përkeqësuar të ngopjes së oksigjenit. Terapisti i frymëmarrjes planifikon terapinë me oksigjen dhe merr një recetë nga ofruesi. Infermierja do të dokumentonte në planin e kujdesit "*Infermierja do të menaxhojë terapinë me oksigjen në bashkëpunim me terapistin e frymëmarrjes*".

Procesi i referimit është një qasje sistematike për të ndihmuar klientët të përdorin shërbimet ose burimet, me qëllim të promovimit të mirëqenies dhe përmirësimit të vetëkujdesit dhe cilësisë së kujdesit [6].

Referenca

1. Kamberi, F. (2018). Knowledge and Attitudes of Nurses toward the Use of Nursing Diagnosis in Clinical Practice. *Eastern-European Journal of Medical Humanities and Bioethics*, 2(2), 43-55. <https://doi.org/10.18662/eejmhb/14>
2. Janet R. Weber, Jane H. Kelley. Health Assessment in Nursing. 2014 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
3. NANDA International Nursing Diagnoses. Definitions & Classification, 2021-2023.
4. <https://nurse.org/resources/nursing-diagnosis-guide>
5. Health Assessment & Physical Examination, Third Edition by Mary Ellen Zator Estes, RN, MSN, FNP, APRN-BC, NP-C. ISBN 1-4018-7206-9.
6. McGuire SL, Gerber DE, Clemen-Stone S. Meeting the diverse needs of clients in the community: effective use of the referral process. *Nurs Outlook*. 1996;44(5):218-222.

9

INTERVISTË DHE HISTORI SHËNDETËSORE

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Përcaktojnë disa elementë të rëndësishëm që lidhen intervistën dhe historinë shëndetësore
- ☐ Identifikojnë fazat e intervistimit
- ☐ Identifikojnë dhe përshkruajnë seksionet e historisë shëndetësore

Mbledhja e të dhënave subjektive është një pjesë integrale e intervistimit të klientit për të marrë një histori shëndetësore infermierore. Të dhëna subjektive përbëhen nga:

- ndjesi simptomash
- ndjenjat
- perceptimet
- dëshirat
- preferencat
- besimet
- idetë
- vlerat
- informacione Personale

Këto lloje të dhënash mund të nxirren dhe verifikohen vetëm nga klienti. Të dhënat subjektive ofrojnë të dhëna për problemet e mundshme fiziologjike, psikologjike dhe sociologjike. Ata gjithashtu i ofrojnë infermieres informacione që mund të zbulojnë rrezikun e një klienti për një problem, si dhe fushat e pikave të forta për klientin. Informacioni merret përmes intervistimit. Prandaj, aftësitë efektive të intervistimit janë jetike për mbledhjen e saktë dhe të plotë të të dhënave subjektive.

Intervistimi

Marrja e një historie të vlefshme shëndetësore infermierore kërkon aftësi profesionale, ndërpersonale dhe intervistuese. Intervista e infermierit është një proces komunikimi që ka dy fokuse:

1. Krijimi i raportit dhe një marrëdhënie besimi me klientin për të nxjerrë informacion të saktë dhe kuptimplotë.
2. Mbledhja e informacionit mbi statuset zhvillimore, psikologjike, fiziologjike, sociokulturore dhe shpirtërore të klientit për të identifikuar devijimet që mund të trajtohen me ndërhyrje infermierore dhe bashkëpunuese ose pikat e forta që mund të përmirësohen përmes bashkëpunimit infermier-klient.

FAZAT E INTERVISTËS

Intervista infermierore ka tre faza bazë: faza hyrëse, e punës dhe faza përmbledhëse dhe mbyllëse. Këto faza do të shpjegohen shkurtimisht duke përshkruar rolet e infermierit dhe klientit gjatë secilës prej tyre.

Faza parahyrëse

Infermierja rishikon kartelën mjekësore përpara se të takohet me klientin. Ky informacion mund ta ndihmojë infermierin në kryerjen e intervistës duke ditur disa nga informacionet biografike të klientit që janë tashmë të dokumentuara. Nëse klienti ka qenë në sistem për disa kohë, ai mund të zbulojë informacion shtesë. Për shembull, të dhënat mund të tregojnë se klienti ka vështirësi në dëgjimin në njërin vesh. Ky informacion do ta udhëzojë infermierin se cila anë e klientit do të ishte më e mira për të kryer intervistën. Të dhënat mund të zbulojnë gjithashtu arsyen e klientit për të kërkuar kujdes shëndetësor dhe historinë e kaluar shëndetësore. Megjithatë, në disa raste mund të mos ketë një kartelë mjekësore. Më pas, infermierja do të duhet të mbështetet në aftësitë e intervistës për të nxjerrë të dhëna të vlefshme dhe të besueshme nga klienti dhe familja e atij individ ose ndonjë personi tjetër të rëndësishëm.

Faza hyrëse

Pasi prezantohet me klientin, infermierja i shpjegon qëllimin e intervistës, diskuton llojet e pyetjeve që do të bëhen, shpjegon arsyen e mbajtjes së shënimeve dhe siguron klientin se informacioni konfidencial do të mbetet konfidencial.

Infermierja gjithashtu sigurohet që klienti të jetë i rehatshëm (fizikisht dhe emocionalisht) dhe të ketë privatësi. Është gjithashtu thelbësore që infermierja të zhvillojë besimin dhe raportin në këtë pikë të intervistës. Kjo mund të fillojë duke përcjellë një ndjenjë prioriteti dhe interesi për klientin. Zhvillimi i raportit varet shumë nga komunikimi verbal dhe joverbal nga ana e infermieres.

Faza e punës

Gjatë kësaj faze, infermierja nxjerr komentet e klientit në lidhje me të dhënat kryesore biografike, arsyet për të kërkuar kujdes, historinë, shqetësimin aktual shëndetësor, historia e kaluar shëndetësore, historia familjare, rishikimi i sistemeve të trupit për problemet aktuale shëndetësore, stili i jetesës dhe praktikat shëndetësore dhe niveli i zhvillimit. Më pas infermierja dëgjon, vëzhgon dhe përdor aftësitë e të menduarit kritik për të interpretuar dhe vërtetuar informacionin e marrë nga klienti. Infermierja dhe klienti bashkëpunojnë për të identifikuar problemet dhe qëllimet e klientit. Qasja lehtësuese mund të jetë e lirë ose më e strukturuar me pyetje specifike, në varësi të kohës në dispozicion dhe llojit të të dhënave të nevojshme.

Përmbledhja dhe faza e mbylljes

Gjatë përmbledhjes dhe mbylljes, infermierja përmbledh informacionin e marrë gjatë fazës së punës dhe vërteton me klientin problemet dhe objektivat. Ajo gjithashtu identifikon dhe diskuton me klientin planet e mundshme për të zgjidhur problemin (diagnozat infermiore dhe problemet e bashkëpunimit). Së fundi, infermierja sigurohet të pyesë nëse ka ndonjë gjë tjetër që ka të bëjë me klientin dhe nëse ka ndonjë pyetje tjetër.

HISTORIA E PLOTË E SHËNDETËSORE

Historia shëndetësore është një mënyrë e shkëlqyer për të filluar procesin e vlerësimit, sepse ajo vendos bazën për identifikimin e problemeve infermiore dhe siguron një fokus për ekzaminimin fizik. Rëndësia e historisë shëndetësore qëndron në aftësinë për të ofruar informacion që do të ndihmojë ekzaminuesin në identifikimin e fushave të forcës dhe kufizimit në stilin e jetës së individit, mbledhja e të dhënave subjektive do të kufizohet në të dhënat që lidhen me enët e zemrës dhe qafës.

Marrja e një historie shëndetësore duhet të fillojë me një shpjegim për klientin se përse po kërkohet informacioni, për shembull, "në mënyrë që unë të jem në gjendje të planifikoj kujdesin infermior të individualizuar me ju". Ky seksion i leksionit shpjegon arsyetimin për mbledhjen e të dhënave, diskuton çdo pjesë të historisë së shëndetit dhe ofron mostra të pyetjeve. Historia e shëndetit përfshin seksionet e mëposhtme:

- 1) TË DHËNAT BIOGRAFIKE
- 2) ARSYE (T) PSE KËRKOJNË KUJDES SHËNDETËSOR
- 3) HISTORIA SHËNDETËSORE AKTUALE
- 4) HISTORIA SHËNDETËSORE PERSONALE
- 5) HISTORIA E SHËNDETIT FAMILJARE
- 6) RISHIKIMI I SISTEMEVE PËR PROBLEME AKTUALE SHËNDETËSORE
- 7) PROFILI I MËNYRËS SË JETËSËS DHE PRAKTIKAVE SHËNDETËSORE

TË DHËNAT BIOGRAFIKE

Të dhënat biografike zakonisht përfshin informacion identifikues të klientit si emri, datëlindja, adresa, numri i telefonit, gjinia dhe kush e siguroi informacionin, klienti apo person tjetër me rëndësi për të. Klienti konsiderohet burimi kryesor dhe të gjithë të tjerët (përfshirë kartelën mjekësore të klientit) janë burime dytësore.

Në disa raste, familjarët e ngushtë të klientit ose kujdestari mund të jetë një burim më i saktë informacioni sesa klienti. Një shembull do të ishte gruaja e një klienti të rritur në moshë, e cila ka mbajtur të dhënat mjekësore të klientit për vite me rradhë ose kujdestari ligjor i një klienti të komprometuar mendërisht. Në çdo rast, vërtetimi i informacionit nga një burim dytësor mund të jetë i dobishëm. Procesi i përcaktimit të kulturës, përkatësisë etnike dhe nënkulturës së klientit fillon me mbledhjen e të dhënave për datën dhe vendin e lindjes; kombësia ose

përkatësia etnike; statusi martesor; praktikat fetare ose shpirtërore; dhe gjuhët kryesore dhe dytësore të folura, të shkruara dhe të lexuara. Ky informacion e ndihmon infermierin të ekzaminojë nevojat dhe besimet e veçanta që mund të ndikojnë në kujdesin shëndetësor të klientit ose familjes. Gjuha kryesore e një personi është zakonisht ajo që flitet në familje gjatë fëmijërisë së hershme dhe ajo në të cilën personi mendon. Megjithatë, nëse klienti është edukuar në një gjuhë tjetër që në kopshtin e fëmijëve, atëherë ajo mund të jetë gjuha kryesore dhe gjuha e lindjes do të jetë dytësore.

Mbledhja e informacionit rreth nivelit arsimor, profesionit dhe statusit të punës së klientit në këtë pikë të historisë së tij shëndetësore ndihmon ekzaminuesin në përshtatjen e pyetjeve me nivelin e të kuptuarit të klientit. Përveç kësaj, ky informacion mund të ndihmojë për të identifikuar pikat e forta dhe kufizimet e mundshme të klientit që ndikojnë në gjendjen shëndetësore. Për shembull, nëse klienti kohët e fundit është ulur nga një pozicion me fuqi më të lartë dhe me pagë të lartë, efektet e stresit të tepërt mund të luajnë një rol të madh në gjendjen e tij/saj shëndetësore.

Së fundi, pyetja se kush jeton me klientin dhe identifikimi i të tjerëve të rëndësishëm tregojnë disponueshmërinë e kujdestarëve dhe njerëzve mbështetës të mundshëm për klientin. Mungesa e njerëzve mbështetës do të paralajmëronte ekzaminuesin për nevojën (e mundshme) për gjetjen e burimeve të jashtme të mbështetjes.

ARSYE (T) PSE KËRKOJNË KUJDES SHËNDETËSOR

Kjo kategori përfshin dy pyetje: "Cili është problemi apo shqetësimet tuaja kryesore shëndetësore në këtë kohë?" dhe "Si ndiheni kur duhet të kërkon kujdes shëndetësor?" Pyetja e parë e ndihmon klientin të përqendrohet në shqetësimin më të rëndësishëm shëndetësor dhe i përgjigjet pyetjes së infermieres: "Pse je këtu?" ose "Si mund t'ju ndihmoj?". Kjo quhet ndryshe dhe ankesa kryesore.

Pyetja e dytë, "Si ndiheni kur duhet të kërkon kujdes shëndetësor?" inkurajon klientin të diskutojë frikën ose ndjenjat e tjera në lidhje me nevojën për të parë një ofrues të kujdesit shëndetësor. Për shembull, një grua që viziton një infermiere shpreh shqetësimin e saj kryesor shëndetësor: «Kam gjetur një gjendër në gjoksin tim» Kjo grua mund të jetë në gjendje t'i përgjigjet pyetjes së dytë duke shprehur frikën që ajo ka hezitur t'i ndajë me të tjerët e saj të rëndësishëm. Kjo pyetje mund të nxjerrë gjithashtu përshkrime të përvojave të mëparshme - pozitive dhe negative - me ofrues të tjerë të kujdesit shëndetësor.

HISTORIA SHËNDETËSORE AKTUALE

Ky seksion i historisë shëndetësore merr parasysh disa aspekte të problemit shëndetësor dhe shtron pyetje, përgjigjet e të cilave mund të ofrojnë një përshkrim të hollësishëm të shqetësimit. Së pari, inkurajoni klientin që të shpjegojë problemin ose simptomat shëndetësore sa më shumë të jetë e mundur duke u fokusuar në fillimin, përparimin dhe kohëzgjatjen e problemit; shenjat, simptomat dhe problemet e lidhura me to; dhe atë që klienti e percepton si shkaktar të problemit. Infermieri gjithashtu mund t'i kërkojë klientit të vlerësojë se çfarë e përkeqëson problemin, çfarë e bën atë më të lehtësues, cilat trajtime

janë provuar, çfarë efekti ka pasur problemi në jetën e përditshme ose stilin e jetës, çfarë pritshmëri ka në lidhje me rikuperimin dhe cila është aftësia e klientit për të ofruar kujdes për veten. Përgjigjet e klientit ndaj pyetjeve i japin infermieres një informacion të madh rreth problemit të klientit dhe veçanërisht se si ai ndikon në stilin e jetës dhe aktivitetet e jetës së përditshme. Infermierjët nga ky informacion fillestar mund të fillojnë të postulojnë edhe diagnozat infermiore.

HISTORIA SHËNDETËSORE PERSONALE

Kjo pjesë e historisë së shëndetit përqendrohet në pyetjet që lidhen me historinë personale të klientit, që nga fillimet më të hershme e deri më sot. Pyetet klienti për çdo sëmundje të fëmijërisë dhe imunizimin e sotëm. Më pas eksplorohehen sëmundjet e të rriturve (fizike, emocionale dhe mendore). I kërkohet klientit të kujtojë operacionet ose aksidentet e kaluara. I kërkohet klientit të përshkruajë çdo episod të zgjatur të dhimbjes ose modeleve të dhimbjes që ai ose ajo ka përjetuar. Pyetet për çdo alergji (ushqim, ilaç, polen, të tjera) dhe përdorimin e medikamenteve me recetë dhe pa recetë. Këto pyetje nxjerrin të dhëna në lidhje me pikat e forta dhe të dobëta të klientit në historinë e tij/saj shëndetësore. Informacioni i marrë nga këto pyetje ndihmon infermierin në identifikimin e faktorëve të rrezikut që rrjedhin nga problemet e mëparshme shëndetësore. Faktorët e rrezikut mund të jenë për klientin ose të tjerët të rëndësishëm.

Informacioni i mbuluar në këtë seksion përfshin pyetje në lidhje me lindjen, rritjen, zhvillimin, sëmundjet e fëmijërisë, imunizimet, alergjitë, përdorimin e ilaçeve, problemet e mëparshme shëndetësore, shtrimet në spital, operacionet, shtatzënitë, lindjet, aksidentet e mëparshme, lëndimet, përvojat e dhimbjes dhe emocionale apo probleme psikiatrike. Shembuj të pyetjeve përfshijnë:

- Mund të më thoni se si e përshkruan mamaja juaj lindjen tuaj? A kishte problem në lindje? Në dijenin tuaj a keni pasur probleme shëndetësore në fëmijëri apo në adoleshencë?
- Cilat sëmundje infektive keni kaluar në fëmijëri? A i keni kryer të gjitha vaksinat e kalendarit shëndetësor?
- A vuani nga ndonjë sëmundje kronike? Nëse po kur jeni diagnostikuar? Sa të kënaqur keni qënë me trajtimin?
- A vuani nga ndonjë alergji? Si e keni trajtuar?
- Çfarë medikamentesh keni përdorur dhe përdorni aktualisht? Cilat janë dozat që përdorni?
- A keni qënë ndonjëherë shtatzë apo keni lindur fëmijë? Sa herë keni qënë shtatzë/lindur?
- A keni qënë ndonjëherë i/e hospitalizuar apo keni kryer ndërhyrje kirurgjikale? Nëse po kur? Për çfarë jeni operuar? A keni pasur ndonjë komplikacion?
- A keni pasur ndonjë aksident apo dëmtim? Ju lutem përshkruani ato.
- A keni pasur dhimbje në ndonjë pjesë të trupit? Ju lutem përshkruani karakteristikat e dhimbjes.
- A jeni diagnostikuar apo trajtuar për problem emocionale apo mendore? Nëse po, përshkruani natyrën dhe trajtimin që keni marrë. Përshkruani nivelin tuaj të kënaqësisë me trajtimin.

Mënyra se si klientët përcaktojnë shqetësimet e tyre të mëparshme shëndetësore sugjeron se si ndihen ata për veten dhe është një tregues i ndjenjës së përgjegjësisë së tyre për shëndetin e tyre. Për shembull, një klient i cili ka qenë i shëndosh prej vitesh mund të fajësojë veten për zhvillimin e diabetit dhe të mos respektojë dietën e tij, ndërsa një klient tjetër mund të jetë shumë i gatshëm të ndajë trajtimin e diabetit dhe suksesin e saj në sajë të përdorimit të një pompe insuline dhe një grupi mbështetës. Disa klientë janë shumë të sinqertë për gjendjen e tyre të mëparshme shëndetësore; të tjerët nuk janë. Është e dobishme të kesh një sërë pyetjesh alternative për klientët më pak të përgjegjshëm dhe për ata që mund të mos kuptojnë se çfarë po kërkohet.

HISTORIA E SHENDETËSORE FAMILJARE

Ndërsa studiuesit zbulojnë një numër në rritje të problemeve shëndetësore që duket se ndodhin në familje dhe që janë të bazuara gjenetikisht, historia e shëndetit familjar merr një rëndësi më të madhe. Përveç predispozicionit gjenetik, është gjithashtu e dobishme që infermierët të jenë të vetëdijshëm për probleme të tjera shëndetësore që mund të kenë prekur klientin për shkak të rritjes në familje dhe ekspozimit ndaj këtyre problemeve. Për shembull, një gjen që predispozon një person për të pirë duhan nuk është zbuluar ende, por një familje me anëtarë duhanpirës mund të prekë anëtarët e tjerë në të paktën dy mënyra. Së pari, duhanpirja pasive mund të rrezikojë shëndetin fizik të anëtarëve joduhanpirës; së dyti, duhanpirësi mund të shërbejë si një model negativ për fëmijët, duke i nxitur edhe ata të marrin këtë zakon. Një shembull tjetër është obeziteti; njohja e tij në historinë familjare mund të paralajmërojë infermierin për një faktor të mundshëm rreziku.

Historia familjare duhet të përfshijë aq të afërm gjenetikë sa mund të kujtojë klienti. Përfshini gjyshërit nga nëna dhe babai, hallat dhe xhaxhallarët nga të dyja anët, prindërit, vëllezërit e motrat dhe fëmijët e klientit. Një përpikmëri e tillë zakonisht identifikon ato sëmundje që mund të kalojnë një brez, siç janë çrregullimet autosomale recesive. Përfshini bashkëshortin e klientit, por tregoni se nuk ka asnjë lidhje gjenetike. Identifikimi i problemeve shëndetësore të bashkëshortit mund të shpjegojë çrregullimet në fëmijët e klientit që nuk tregohen në historinë familjare të klientit. Hartimi i gjenogrami në këtë rast do të ishte shumë e vlefshme. Pas historisë familjare diagramatike, duhet përgatitur një përmbledhje të shkurtër të llojeve të problemeve shëndetësore të pranishme në familje.

RISHIKIMI I SISTEMEVE PËR PROBLEME AKTUALE SHËNDETËSORE

Në rishikimin e sistemeve (ose rishikimin e sistemeve të trupit), çdo sistem trupor trajtohet dhe klientit i bëhen pyetje specifike për të nxjerrë në pah problemet aktuale shëndetësore ose problemet nga e kaluara e afërt që mund të prekin ende klientin ose që përsëriten. Duhet pasur kujdes në këtë seksion që të përfshijë vetëm informacionin subjektiv të klientit dhe jo vëzhgimet e ekzaminuesit. Ekziston një tendencë, veçanërisht me infermiere më me përvojë, për të mbushur hapësirat me vëzhgime të tilla si "eritema e syrit të djathtë" ose

"disa njolla në ekstremitetet e sipërme të klientit". Gjatë rishikimit të sistemeve, infermieri duhet të dokumentoj përshkrimet e klientit për gjendjen e tij shëndetësore dhe të vihen re mohimi i shenjave, simptomave, sëmundjeve nga klienti, ose probleme për të cilat infermieri pyet, por që nuk janë përjetuar nga klienti. Për shembull, nën zonën "Kokë dhe Qafë", klienti mund të përgjigjet se nuk ka problem por në pyetjen nga infermierja për dhimbje koke, ngurtësi, dhimbje ose kërcitje në qafë me lëvizje, ënjtje në qafë, vështirësi në gëlltitje, dhimbje të fytit, nyje limfatike të zmadhuara etj., klienti mund të kujtojë papritur se ai kishte një dhimbje të fytit një javë më parë që ai e trajtoi vetë me tableta zinku. Ky informacion mund të mos kishte dalë pa pyetje specifike. Pyetjet në lidhje me problemet dhe shenjat ose simptomat duhet të pyeten në terma të kuptueshme nga klienti por gjetjet mund të regjistrohen në terminologjinë standarde mjekësore.

Nëse klienti duket se ka një fjalor të kufizuar, infermieres mund t'i duhet të bëjë pyetje në disa mënyra të ndryshme dhe të përdorë terminologjinë shumë elementare laike. Nëse klienti është i arsimuar mirë dhe duket se e njeh terminologjinë mjekësore, infermierja nuk duhet ta ofendojë atë duke folur në një nivel shumë më të ulët. Informacioni për cdo system duhet të përfshijë:

- ☐ Lëkura, flokët dhe thonjtë;
- ☐ Veshët;
- ☐ Goja, fyti, hunda dhe sinuset;
- ☐ Toraksi dhe mushkëritë;
- ☐ Gjinjë dhe regjionet limfatike;
- ☐ Enët e zemrës dhe qafës;
- ☐ Vaskulare periferike;
- ☐ Barku;
- ☐ Organet gjenitale mashkullore;
- ☐ Organet gjenitale femërore;
- ☐ Anusi, rektumi dhe prostate;
- ☐ Muskuloskeletal;
- ☐ Neurologjike.

PROFILI I MËNYRËS SË JETËSËS DHE PRAKTIKAVE SHËNDETËSORE

Ky është një seksion shumë i rëndësishëm i historisë së shëndetit sepse merret me përgjigjet njerëzore të klientit, të cilat përfshijnë zakonet e të ushqyerit, modelet e aktivitetit dhe ushtrimeve, modelet e gjumit dhe pushimit, vetë-konceptin dhe aktivitetet e vetë-kujdesit, aktivitetet sociale dhe komunitare, marrëdhëniet, sistemi i vlerave dhe besimeve, arsimi dhe puna, niveli i stresit dhe stili i përballimit dhe mjedisi. Këtu klientët përshkruajnë se si po e menaxhojnë jetën e tyre, ndërgjegjësimin e tyre për modelet e jetesës së shëndetshme kundrejt atyre toksike, dhe forcat dhe mbështetjen që kanë ose përdorin. Për të promovuar një dialog me klientin kur vlerësojnë këtë fushë, infermierët duhet të përdorin pyetje të hapura.

Përshkrimi i ditës tipike

Ky informacion është i nevojshëm për të nxjerrë një pasqyrë se si klienti sheh modelin e tij të zakonshëm të aktivitetit të përditshëm. Pyetjet që bëhen duhet të jenë mjaft të paqarta për të lejuar klientin të japë orientimin nga i cili shikohet dita. Klienti inkurajohet të diskutojë një ditë të zakonshme, e cila, për shumicën e njerëzve, përfshin punën ose shkollën. Nëse klienti jep informacion minimal, mund të bëhen pyetje specifike shtesë për të nxjerr më shumë detaje.

Ushqyerja dhe Menaxhimi i Peshës

I kërkohet klientit të kujtojë se ku konsiston një konsum mesatar 24-orësh me theks në atë se çfarë ushqimesh hahen dhe në çfarë sasive. Pyetet gjithashtu për ushqimet, marrjen e lëngjeve dhe substance të tjera. Në varësi të klientit mund të duhet të pyetet se kush I blen apo I përgatit ushqimet. Përgjigjet e klientit në lishje me ushqyerjen duhet të krahasohen me “piramidën ushqimore”.

Niveli i Aktivitetit dhe Ushtrimi

Vlerësohet klienti sa aktiv është mesatarisht në javë, qoftë në punë ose në shtëpi. Pyetet për ushtrime të rregullta. Disa klientët besojnë se nëse bëjnë punë të rënda fizike në punën e tyre, nuk kanë nevojë për ushtrime shtesë. Pyetjet duhet të bëhen që të bëjnë dallimin midis aktivitetit të bërë gjatë punës, i cili mund të jetë stresues dhe lodhës, dhe ushtrimeve, të cilat janë krijuar për të reduktuar stresin dhe për të forcuar individin. Krahasohen përgjigjet e klientit me regjimin e rekomanduar të ushtrimeve të rregullta nga udhëzues kombëtar të miratuar.

Gjumi dhe Pushimi

Kërkohet të kuptohet nëse klienti fle gjumë mjaftueshëm apo jo. Pyetjet duhet të fokusohen në modelin e gjumit, sa orë fle natën, zgjimet gjatë natës, nëse ndihet I pangopur me gjumë, ritual që promovojnë gjumin apo shqetësime që klienti ka në lidhje me gjumin. Gjithashtu klienti pyetet nëse pagjumësia shoqërohet me ankth, axhitim, gjumë I pamjaftueshëm që mund të shtoj rrezikun e pacientit për aksidente.

Krahasohen përgjigjet e klientit me normën e gjumit të një adulti normal që duhet të jetë 5-8 orë. Duhet patur parasysh se nevojat për gjumë varen shumë nga mosha, shëndeti dhe niveli I stresit.

Përdorimi i Substancave

Informacioni i mbledhur në lidhje me përdorimin e substancave i siguron infermieres informacion në lidhje me stilin e jetës dhe atë të vetë-menaxhimit të klientit. Përdorimi I substancave mund të shkaktoj shumë problem shëndetësorë dhe paaftësi te një klient. Pyetjet duhet të përfshijnë llojin e substancave të përdorura, sasinë, shpeshtësinë, sa kohë. Nëse marrin medikamente të caktuara pasi ato shpesh bashkëveprojnë me këto substanca.

Vetë-koncepti dhe përgjegjësitë e vetë-kujdesit

Kjo përfshin vlerësimin se si klienti e sheh veten dhe hetimin e të gjitha sjelljeve që një person bën për të promovuar shëndetin e saj. Kjo përfshin përgjegjësinë seksuale; praktikat bazë të higjienës; kontrollet e rregullta të kujdesit shëndetësor (d.m.th., dentare, vizuale, mjekësore); vetëkontroll i gjirit/testikutit; dhe parandalimi i aksidenteve dhe mbrojtja nga rreziqet (p.sh. rripat e sigurimit, alarmet e tymit dhe kremrat e diellit). Infermierët mund t'i ndërlidhin përgjigjet e pyetjeve në këtë fushë me aktivitetet e promovimit të shëndetit dhe me faktorët e rrezikut nga historia familjare.

Aktivitete sociale

Pyetjet në këtë seksion e ndihmojnë infermierin të identifikoj përfshirjen sociale të klientit përtej rrethit familjar dhe nëse është i angazhuar në komunitet. Informacioni ndihmon edhe për të përcaktuar nivelin aktual të zhvillimit social të klientit.

Marrëdhëniet

Klientëve u kërkohet të përshkruajnë përbërjen e familjes në të cilën kanë lindur dhe për marrëdhëniet e kaluara dhe aktuale me këta anëtarë të familjes. Në këtë mënyrë, mund të vlerësohen problemet dhe mbështetja e mundshme nga familja e origjinës së klientit. Përveç kësaj, informacion i ngjashëm duhet të kërkohet edhe për familjen aktuale të klientit. Nëse klienti nuk ka ndonjë familje nga gjaku ose martesë, atëherë duhet të mblidhet informacion për çdo qenie tjetër të rëndësishme (përfshirë kafshët shtëpiake) që mund të përbëjnë "familjen" e klientit.

Sistemi i vlerave dhe besimit

Vlerësohen vlerat e klientit. Përveç kësaj, diskutohen bindjet filosofike, fetare dhe shpirtërore të klientëve. Disa klientë mund të mos ndihen rehat duke diskutuar për vlerat ose besimet dhe ndjenjat e tyre duhet respektuar. Të dhënat në këtë fazë mund të ndihmojnë për të identifikuar probleme të rëndësishme ose pikat e forta.

Arsimi dhe Puna

Pyetjet në këtë seksion ndihmojnë në identifikimin e zonave të stresit apo kënaqësisë të lidhura me arsimimin dhe punën. Nëse klienti nuk e kupton se ka arsimim të mjaftueshëm ose se puna e tij nuk është ajo që i pëlqen, ai mund të ketë nevojë për ndihmë ose mbështetje për të bërë ndryshime. Ndonjëherë diskutimi i kësaj fushe do ta ndihmojë klientin të ndihet mirë për atë që ka arritur. Pyetjet duhet të nxjerrin të dhëna për llojin dhe sasinë e arsimimit që klienti ka, nëse klienti ka shijuar shkollën, nëse ai e percepton arsimin e tij si të kënaqshëm ose nëse ka pasur probleme dhe çfarë planesh mund të ketë klienti për arsimimin e mëtejshëm; qoftë formale apo joformale. Pyetje të ngjashme duhet të bëhen për historikun e punës.

Nivelet e stresit dhe stilet e përballimit

Për të hetuar sasinë e stresit që klientët perceptojnë se janë nën dhe si e përballojnë atë, bëhen pyetje që adresojnë se cilat ngjarje shkaktojnë stres tek klienti dhe si reagojnë ata zakonisht. Për më tepër, zbulohet se çfarë bën klienti për të lehtësuar stresin dhe nëse këto sjellje ose aktivitete mund të interpretohen si adaptive ose jopërshtatëse. Për të shmangur përgjigjet e mohimit, pyetjet ose vëzhgimet jodrejtuese në lidhje me informacionin e mëparshëm të dhënë nga klienti mund të jenë një mënyrë e lehtë për ta shtyrë klientin të diskutojë këtë temë.

Mjedisi

Përfshin pyetje në lidhje me mjedisin e klientit për të vlerësuar rreziqet shëndetësore unike për situatën e jetesës dhe mënyrën e jetesës së klientit. Kërkohet për situata fizike, kimike ose psikologjike që mund ta vënë klientin në rrezik. Këto mund të gjenden në lagjen, shtëpinë, punën ose mjedisin rekreativ të klientit. Ato mund të jenë të kontrollueshme ose jo të kontrollueshme

Mbledhja e të dhënave subjektive është një hap kyç i vlerësimit të shëndetit infermieror. Të dhënat subjektive përbëhen nga informacione të nxjerra dhe verifikuara vetëm nga klienti. Dhe Intervistimi është mjeti me të cilin mblidhen të dhënat subjektive.

Historia e plotë shëndetësore kryhet për të mbledhur sa më shumë të dhëna subjektive për një klient. Ai përbëhet nga seksionet: të dhënat biografike, arsyet për të kërkuar kujdes shëndetësor, historia e shqetësimit aktual shëndetësor, historia e shëndetit personal, historia e shëndetit familjar, rishikimi i sistemeve të trupit për problemet aktuale shëndetësore, mënyra e jetesës dhe praktikatat shëndetësore dhe niveli i zhvillimit.

Referenca

1. Janet R. Weber, Jane H. Kelley. Health Assessment in Nursing. 2014 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

10

LLOJE TË NDRYSHME TË HISTORISË SHËNDETËSORE

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Shpjegojnë rolin e historisë shëndetësore në vëzhgimin dhe procesin e ekzaminimit
- ☐ Diskutojnë llojet e ndryshme të historive shëndetësore dhe përdorimin e tyre në mjedise të ndryshme klinike
- ☐ Listojnë komponentët e historisë shëndetësore të plotë
- ☐ Diskutojnë historinë e shpejtë të fokusuar

Qëllimi i kryerjes së një historie shëndetësore është mbledhja e të dhënave subjektive nga pacienti dhe/ose familja e pacientit, në mënyrë që ekipi i kujdesit shëndetësor dhe pacienti të mund të krijojnë në bashkëpunim një plan që do të promovojë shëndetin, do të trajtojë problemet akute shëndetësore dhe do të minimizojë gjendjet shëndetësore kronike. Historia e shëndetit zakonisht bëhet me pranimin në spital, por një histori shëndetësore mund të merret sa herë që informacioni subjektiv shtesë nga pacienti mund të jetë i dobishëm për të informuar kujdesin [1]. Të dhënat e mbledhura mund të jenë të natyrës subjektive ose objektive. Të dhënat subjektive janë informacione të raportuara nga pacienti dhe mund të përfshijnë shenja dhe simptoma të përshkruara nga pacienti, por jo të dukshme për të tjerët. Të dhënat subjektive përfshijnë gjithashtu informacion demografik, informacion për pacientin dhe familjen për gjendjet mjekësore të kaluara dhe aktuale, dhe informacionin e pacientit për procedurat kirurgjikale dhe historinë sociale. Të dhënat objektive janë informacioni që profesionisti i kujdesit shëndetësor mbledh gjatë një ekzaminimi fizik dhe përbëhet nga informacione që mund të shihet, ndjehet, nuhatet ose dëgjohet nga profesionisti i kujdesit shëndetësor.

Të marra së bashku, të dhënat e mbledhura ofrojnë një histori shëndetësore që i jep profesionistëve të kujdesit shëndetësor mundësinë për të vlerësuar praktikën e promovimit të shëndetit dhe për të ofruar edukimin e pacientit [2].

Historia e shëndetësore

Vëzhgimi dhe vlerësimi shëndetësor përfshin tre hapa të njëkohshëm:



I pari nga këta hapa dhe fokusi i këtij leksioni është historia shëndetësore. Kjo përfshin mbledhjen e të dhënave subjektive - domethënë të dhënave në lidhje me simptomat e një pacienti (d.m.th. çfarë përjeton pacienti). Një shumëllojshmëri informacionesh të tjera të rëndësishme mblidhen gjithashtu gjatë intervistës - duke përfshirë, për shembull, informacion në lidhje me vlerat, besimet dhe qëndrimet e një personi lidhur me shëndetin, praktikën e tyre aktuale të lidhura me shëndetin, faktorët socio-ekonomikë, kulturorë dhe faktorë të tjerë që ndikojnë në shëndetin e tyre, dhe vullnetin dhe kapacitetin e tyre për të bërë ndryshime në lidhje me shëndetin, etj. Të dhënat mblidhen nëpërmjet një interviste me pacientin dhe/ose persona të tjerë të rëndësishëm. Të dhënat e mbledhura në këtë fazë mund të jenë parësore (d.m.th. të marra nga vetë pacienti) ose dytësore (d.m.th. të marra nga një person tjetër, si p.sh. nga familjari ose kujdestari i pacientit, etj.). Në situata akute, historia shëndetësore e pacientit mund të komunikohet nga një ofrues tjetër i kujdesit shëndetësor - për shembull, një ndihmës i urgjencës.

Historia shëndetësore merret nëpërmjet një interviste midis një infermieri, pacientit dhe personave të tjerë të rëndësishëm (aty ku është e përshtatshme). Roli i infermierit në procesin e intervistës është që: (1) të lehtësojë diskutimin për të mbledhur të dhëna në lidhje me shëndetin dhe (2) të regjistrojë këto të dhëna. Të dhënat e mbledhura gjatë një interviste për historinë shëndetësore informojnë si për ekzaminimin fizik të mëposhëm të pacientit, ashtu edhe për kujdesin shëndetësor që i ofrohet atij pacienti.

Në shumë mjedise klinike, pacientëve u kërkohet të plotësojnë një pyetësor si pjesë e procesit të mbledhjes së historisë së tyre shëndetësore. Pyetësorët e historisë shëndetësore zakonisht përbëhen nga një sërë pyetjesh të thjeshta po/jo, shpesh të lidhura me simptomat specifike dhe faktorët e rrezikut që lidhen me sëmundjet e zakonshme (p.sh. sëmundjet kardiovaskulare, sëmundjet e frymëmarrjes, diabeti, etj.). Është e rëndësishme që infermierët të kuptojnë se pyetësorët e historisë shëndetësore nuk zëvendësojnë ose përjashtojnë nevojën për intervistën e historisë shëndetësore. Megjithatë këta pyetësorë mund të jenë mjete të dobishme për mbledhjen e të dhënave në lidhje me historinë shëndetësore të një personi dhe mund ta nxisin një pacient të mendojë thellë për problemet dhe simptomat e tij mjekësore të së kaluarës, ata mbledhin vetëm informacione sipërfaqësore, të cilat më pas duhet të hetohen më tej nga një infermiere nëpërmjet një bisede me një pacient.

Llojet e historive shëndetësore

Është e rëndësishme që infermierët të kenë parasysh se ekzistojnë një sërë llojesh të ndryshme historish shëndetësore që mund të mblidhen nga një pacient:

Historia e plotë shëndetësore. Kjo mbledh informacion të detajuar për një pacient - duke përfshirë të dhënat e tij biografike, gjendjen aktuale shëndetësore, historinë e kaluar mjekësore, historinë familjare, situatën personale dhe një rishikim të të gjitha sistemeve të trupit. Zakonisht plotësohet me pranimin në një institucion shëndetësor dhe gjatë një kontrolli të përgjithshëm shëndetësor.

Historia shëndetësore e shpejtë ose e fokusuar. Kjo mbledh informacion specifik në lidhje me një çështje ose nevojë të qartë të lidhur me shëndetin me të cilën paraqitet një pacient. Informacioni i mbledhur përdoret për të informuar kujdesin e menjëhershëm të pacientit.

Lloji i historisë shëndetësore të mbledhur nga një pacient varet nga: (1) konteksti në të cilin është paraqitur pacienti dhe (2) çështjet dhe nevojat e kujdesit shëndetësor të pacientit.

Të gjitha intervistat e historisë shëndetësore fillojnë me prezantimin e infermierit me pacientin (dhe të tjerëve të pranishëm në intervistë, nëse është e nevojshme) dhe duke shpjeguar rolin e tyre në ofrimin e kujdesit shëndetësor të pacientit.

Seksioni tjetër i intervistës, seksioni i diskutimit, është ku infermierja fokusohet në lehtësimin e diskutimit me pacientin për të mbledhur të dhëna në lidhje me shëndetin. Infermierja përdor një sërë teknikash të pyetjeve dhe të tjera komunikimi - të diskutuara në detaje në leksionin vijues të këtij moduli - për të mbledhur informacionin e kërkuar për të informuar ekzaminimin fizik dhe sigurimin e mëvonshëm të kujdesit shëndetësor të pacientit. Ky diskutim është i përqendruar te pacienti - domethënë, ai fokusohet në personin dhe çështjet dhe nevojat e tij unike. Pacientët inkurajohen të ndajnë perceptimet dhe përvojat e tyre me fjalët e tyre, pa ndërprerje, gjykim ose interpretim nga të tjerët (përfshirë infermierin).

Infermieri fokusohet në mbledhjen e informacionit të mëposhtëm:

Komponenti	Shembuj të të dhënave të përfshira
Informacion biografik	• Emri, gjinia, data e lindjes. • Adresa, numri i telefonit. • Të dhënat e personit kontaktues / të afërmit. • Informacione të tjera të përshtatshme për të informuar kujdesin - për shembull, feja, përkatësia etnike, profesioni, statusi martesor i pacientit, etj.
Arsyeja për të kërkuar kujdes shëndetësor	• Ankesa kryesore e pacientit ose problemi i paraqitur. • Kjo duhet të regjistrohet me fjalët e vetë pacientit. • Nëse pacienti ka më shumë se një ankesë/problem, regjistrohen të gjitha. • Nëse problemi i një pacienti është urgjent (p.sh. dhimbje, dispne, lëndim, etj.), intervista duhet të pezullohet dhe të ofrohet kujdes.

Historia paraqitjes sëmundjes	e së Kjo arrihet më së miri duke vlerësuar simptomat e pacientit; kjo mund të bëhet duke përdorur një strategji të mbajtur mend nga kujtesa 'OLD CARTS' (anglisht):
O = Onset- fillimi	▪ Kur filluan simptomat? ▪ A u zhvilluan papritur apo me kalimin e kohës? ▪ Ku ishte pacienti / çfarë po bënin kur filluan simptomat?
L = location- lokalizimi	▪ A janë lokalizuara simptomat në një zonë të caktuar? ▪ A është kjo fushë specifike apo e përgjithësuar? ▪ A rrezaton simptoma në një vend tjetër?
D = duration- kohëzgjatja	▪ Sa zgjasin simptomat? ▪ A ndryshojnë ato me kalimin e kohës? ▪ A janë konstante? Nëse po, a luhatet ashpërsia e tyre? (Përshkruani). ▪ A janë ato me ndërprerje? Nëse po, sa shpesh ndodhin dhe çfarë ndodh ndërmjet episodeve?
C = characteristics- karakteristikat	▪ Përshkruani se si ndihet simptoma (p.sh. ndjesia - therje, e shurdhër, dhembje, pulsim, kruajtje, ndjesi shpimi gjilpërash, etj.). ▪ Përshkruani se si duket simptoma (p.sh. ngjyra, tekstura, përbërja, etj.)
A = aggravating / alleviating factors- faktorë rëndues/lehtësues	▪ Çfarë i përkeqëson simptomat? ▪ Çfarë i lehtëson simptomat?

		(P.sh. faktorët fizikë [aktiviteti, pozicioni, etj.], faktorët psikologjikë [ankthi, etj.], faktorët mjedisorë, etj.).
	R = related symptoms- simptoma të lidhura	A shfaqen simptoma të tjera në të njëjtën kohë (p.sh. dhimbje, nauze, ethe, etj.).
	T = treatment-trajtimi	- Çfarë trajtimesh keni provuar? - Sa efektive kanë qenë këto trajtime?
	S = severity-ashpërsia	- Përshkruani madhësinë, shtrirjen ose sasinë. - Vlerësoni simptomat në një shkallë nga 0 deri në 10. - A i ndërpret simptomat aktivitetet e jetës së përditshme të personit?
Gjendja aktuale shëndetësore	- Gjendjet para-ekzistuese shëndetësore të pacientit. - Medikamentet aktuale të pacientit (me recetë, pa recetë). - Alergjitë e pacientit.. - Praktikat aktuale të pacientëve në lidhje me shëndetin.	
Historia e kaluar shëndetësore	- Sëmundjet e rëndësishme të fëmijërisë. - Shtimet e mëparshme në spital për operacione, aksidente, sëmundje etj. - Statusi i imunizimit. - Ekzaminimet fizike dhe gjetjet më të fundit. - Historia obstetrike, nëse është e rëndësishme (shtatzënitë, lindjet, etj.).	
Historia familjare	- Sëmundjet që prekin të afërmit biologjikë - prindërit, gjyshërit, hallat / xhaxhallarët, vëllezërit e motrat dhe fëmijët. - Sëmundjet gjenetike të njohura si të pranishme në familje.	
Histori personale dhe psikosociale	- Statusi personal (p.sh. arsimi, profesioni, etj.). - Marrëdhëniet e rëndësishme familjare/shoqërore të pacientit. - Dieta/ushqyerja e pacientit dhe statusi i ushtrimeve. - Aftësia funksionale e pacientit dhe shëndeti mendor. - Mjedisi në të cilin pacienti jeton / punon / mëson.	

	▪ Vlerat, besimet dhe qëndrimet e pacientit lidhur me shëndetin. ▪ Faktorët socio-ekonomikë, kulturorë dhe faktorë të tjerë që ndikojnë në shëndet. ▪ Gatishmëria / kapaciteti i pacientit për të bërë ndryshime në lidhje me shëndetin.
Përmbledhje e sistemeve të trupit të pacientit	▪ Pacienti duhet të pyetet për anomalitë ose shqetësimet në secilin prej sistemeve të trupit të tij: lwkura, sistemin kardiovaskular, sistemin imunitar/limfatik, sistemin endokrin, sistemin nervor, sistemin riprodhues, sistemin e frymëmarrjes, sistemin muskuloskeletor, sistemin e tretjes dhe sistemin urinar. Pacienti duhet gjithashtu të pyetet për çdo simptomë të përgjithshme ose sistematike që përjeton (p.sh. lodhje, etj.).

Është e rëndësishme të theksohet se shumë organizata të kujdesit shëndetësor kanë modele të standardizuara të cilat infermierët mund t'i përdorin për të udhëhequr mbledhjen e këtyre të dhënave gjatë një interviste për historinë shëndetësore. Infermierët duhet të sigurojnë se janë të familjarizuar me këto modele, si t'i qasen dhe si pritët që t'i zbatojnë ato në praktikë. Ushtrimi i përdorimit të këtyre modeleve (p.sh. për familjen, miqtë, kolegët, mbikëqyrësit, etj.) mund të jetë i dobishëm për të ndihmuar një infermiere të fitojë besim dhe kompetencë [3].

Shembull: HISTORIA SHËNDETËSORE E FOKUSUAR DHE EKZAMINIMI FIZIK - TRAUMA

Shembulli përfshin diskutimin e një rasti të një personi të përfshirë në një aksident automobilistik. Rishikohet mekanizmi i lëndimit. Nëse ka mekanizëm domethënës lëndimi, kryhet një Vlerësim i Shpejtë i Traumës në vendngjarje ndërsa përgatitet personi për transport dhe më pas një Vlerësim i Detajuar gjatë transportit. Nëse nuk ka mekanizëm domethënës lëndimi, kryet Vlerësimi i Përqendruar i Traumës. Drejtimi i vlerësimit të fokusuar të traumës është tek ankesa kryesore e pacientit dhe mekanizmi i dëmtimit (kryhet në vend të vlerësimit të shpejtë të traumës).

VLERËSIMI I SHPEJTË I TRAUMËS

kryhet te pacientët me dëmtime të rëndësishme të lëvizshmërisë

- Vazhdohet stabilizimi i shtyllës kurrizore
- Merrret në konsideratë dhënia e ndihmës jetësore të avancuar
- Inspektohet dhe palpohet trupi për dëmtime në sa vijon:

KOKË - inspektohet dhe palpohet për shenja lëndimi.

- deformime, kontuzione, gërvishtje, shpime/depërtime, djegie, ndjeshmëri, çarje dhe ënjtje.

- Gjak dhe lëngje nga koka

QAFË - inspektohet dhe palpohet për shenja lëndimi.

- deformime, kontuzione, gërvishtje, shpime/depërtime, djegie, ndjeshmëri, çarje dhe ënjtje.

- Distension i venave jugulare

· Pulsim · Aplikohet Kollare e imobilizimit të shtyllës kurrizore të qafës - nëse nuk është bërë tashmë GJOKS – inspektohet dhe palpohet për shenja lëndimi. · deformime, kontuzione, gërvishtje, shpime/depërtime, djegie, ndjeshmëri, çarje dhe ënjtje. · Lëvizje paradoksale · Krepitim · Tingujt e frymëmarrjes - vlerësimi dypalësh i majave, vija e mesme klavikulare; midaksilar në vijën e thithkës; dhe në bazat ABDOMEN - inspektohet dhe palpohet për shenja lëndimi. · deformime, kontuzione, gërvishtje, shpime/depërtime, djegie, ndjeshmëri, çarje dhe ënjtje. · Dhimbje · E fortë · E butë · E pwrhapur PELVIS - inspektohet dhe palpohet për shenja lëndimi. · deformime, kontuzione, gërvishtje, shpime/depërtime, djegie, ndjeshmëri, çarje dhe ënjtje. Nëse nuk vërehet dhimbje, ngjeshet butësisht legeni për të përcaktuar butësinë ose lëvizje të paqëndrueshme. EKSTREMITETET - inspektohet dhe palpohet pjesa e poshtme dhe ekstremitetet e sipërme për shenja lëndimi. · deformime, kontuzione, gërvishtje, shpime/depërtime, djegie, ndjeshmëri, çarje dhe ënjtje. · Krepitim · Impulset distale · Funksioni ndijor · Funksioni motorik POSTERIORE – Kryeni lëvizje rrotulluese të personit. Ruajtja e stabilizimit të shtyllës kurrizore cervikale. · Inspektoni dhe palponi për lëndime ose shenja lëndimi. · deformime, kontuzione, gërvishtje, shpime/depërtime, djegie, ndjeshmëri, çarje dhe ënjtje.
VLERËSIMI I FOKUSUAR I TRAUMËS Kryehet te pacientët pa dëmtime të rëndësishme të lëvizshmërisë Vlerësohet ankesa kryesore e pacientit · Lëndimi specifik për të cilin ankohen – Pse e thirrën urgjencën · Vlerësohet dhe trajtohen lëndimet që nuk janë gjetur gjatë Vlerësimit Fillestar · Rishqyrtohet vendimi për transport · Konsiderohet aplikimi i ndihmës jetësore të avancuar Vlerësimi i fokusuar · Ndiqen urdhrat e Vlerësimit të Shpejtë · Fokusi në vlerësimin e zonës specifike të lëndimit ose ankesës

Parametrat Vital Bazë

- Merret një grup i plotë i shenjave vitale duke përfshirë:
- Frymëmarrjet
- Pulsin
- Presionin e gjakut
- Niveli i Ndërgjegjes
- Lëkura
- Pupilat

Vlerësimi i Historisë së personit

- Shenjat dhe simptomat
- Historia përkatëse mjekësore e kaluar
- Alergji
- Ushyerja e fundit nga goja
- Medikamente
- Ngjarjet që çojnë në lëndim/sëmundje [4].

Referenca

1. Susan Wilson, Jean Giddens. Health Assessment for Nursing Practice. 6th Edition - September 9, 2016. E-Book ISBN: 9780323377782.
2. Doyle, G. R., McCutcheon, J. A. (2015). Clinical procedures for safer patient care. BCcampus. <https://opentextbc.ca/clinicalskills/>
3. All Answers. (November 2018). Obtaining a Health History. Retrieved from <https://nursinganswers.net/lectures/nursing/health-observation/2-detailed.php?vref=1>
4. <https://www.health.ny.gov/professionals/ems/pdf/srgpadeinitions.pdf>

**AFTËSITË BAZË TË INTERVISTIMIT.
SEKUENCA DHE KONTEKSTI I INTERVISTËS.
INTERVISTË E PËRPARUAR. ETIKA DHE
PROFESIONALIZMI**

11

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Diskutojnë për llojet e komunikimit gjatë intervistimit klinik dhe komponentët përbërës
- ☐ Diskutojnë në lidhje me konsideratat e vecanta gjatë intervistimit
- ☐ Njohin dhe diskutojnë etikën dhe profesionalizimin në kujdesin infermieror

KOMUNIKIMI GJATË INTERVISTËS

Intervista e klientit përfshin dy lloje komunikimi - joverbal dhe verbal. Disa teknika të veçanta dhe disa konsiderata të përgjithshme do të përmirësojnë të dy llojet e komunikimit si dhe do të nxisin një intervistë efektive dhe produktive.

Komunikim joverbal

Komunikimi joverbal është po aq i rëndësishëm sa komunikimi verbal. Pamja, sjellja, qëndrimi, shprehjet e fytyrës dhe qëndrimi i infermierit ndikojnë fuqishëm në mënyrën se si klienti i percepton pyetjet që i bëhen. Infermierët, asnjëherë nuk duhet ta anashkalojnë këtë lloj komunikimi dhe ta marrin atë 98it ë mirëqenë.

Pamja e jashtme

Infermierët duhet fillimisht të kujdesen që pamja e tyre të jetë profesionale. Klienti pret të vizitojë një profesionist shëndetësor; prandaj, duhet të vlerësohet kjo pjesë. Infermierët duhet të vishni rroba të rehatshme, të rregullta dhe në përputhje me etikën profesionale.

Sjellja

Sjellja duhet të jetë gjithashtu profesionale. Infermierët kur hyjnë në një dhomë për të intervistuar një klient, duhet të shfaqin qëndrueshmëri.

Qëndrimi

Një nga aftësitë joverbale më të rëndësishme për t'u zhvilluar si profesionist i kujdesit shëndetësor është një qëndrim jogjykses. Të gjithë klientët duhet të pranohen, pavarësisht nga bindjet, përkatësia etnike, stili i jetës dhe praktikat shëndetësore.

Heshtja

Një tjetër teknikë joverbale për t'u përdorur gjatë procesit të intervistës është dhe heshtja. Periudhat e heshtjes i mundësojnë klientit dhe infermierit të

reflektojnë dhe të organizojnë mendimet që sjell raportim më të saktë dhe korekt të të dhënave.

Dëgjimi

Dëgjimi është aftësia më e rëndësishme për të mësuar dhe zhvilluar plotësisht mbledhjen e plotë dhe të vlefshme të të dhënave të klientit. Për të dëgjuar në mënyrë efektive, infermierët duhet të mbajnë kontakt të mirë me sy, të buzëqeshin ose të shfaqin një shprehje të hapur, të përshtatshme të fytyrës, të mbajnë një pozicion të hapur të trupit (krahët dhe duart e hapura dhe të përkulen përpara). Duhet shmangur idetë e paramenduara ose paragjykimet rreth klientit. Për të dëgjuar në mënyrë efektive, duhet që infermierët të jenë mendje hapur.

KOMUNIKIM VERBAL

Komunikimi verbal efektiv është thelbësor për një intervistë me klientin. Qëllimi i procesit të intervistës është të nxjerrë sa më shumë të dhëna për gjendjen shëndetësore të klientit. Disa lloje pyetjesh dhe teknikash për t'u përdorur gjatë intervistës janë si më poshtë

Pyetjet e hapura

Pyetjet e hapura përdoren për të nxjerrë ndjenjat dhe perceptimet e klientit. Ata zakonisht fillojnë me fjalët "si" ose "çfarë". Një shembull i këtij lloji të pyetjeve është: "Si jeni ndjerë kohët e fundit?" Këto lloj pyetjesh janë të rëndësishme sepse kërkojnë më shumë se një përgjigje me një fjalë nga klienti dhe, për rrjedhojë, inkurajojnë përshkrimin. Bërja e pyetjeve të hapura mund të ndihmojë në gjetjen e të dhënave të rëndësishme në lidhje me gjendjen shëndetësore të klientit.

Pyetje të mbyllura

Pyetjet e mbyllura përdoren për të marrë fakte dhe për t'u fokusuar në informacione specifike. Klienti mund të përgjigjet me një ose dy fjalë. Pyetjet zakonisht fillojnë me fjalët "kur" ose "bëri". Një shembull i këtij lloji të pyetjeve është: "Kur filloi dhimbja e kokës?" Pyetjet e mbyllura janë të dobishme për të mbajtur intervistën në kurs. Ato mund të përdoren gjithashtu për të sqaruar ose për të marrë informacion më të saktë rreth çështjeve të shpalosura në përgjigje të pyetjeve të hapura. Për shembull, në përgjigje të pyetjes së hapur "Si jeni ndjerë kohët e fundit?" klienti thotë: "Epo, jam ndier shumë i sëmurë nga dhimbja e stomakut dhe nuk kam dëshirë të ha për shkak të tij." Infermierët mund të jenë në gjendje të ndjekin dhe të mësojnë më shumë rreth simptomave të klientit me një pyetje të mbyllur si "Kur filluan të përzierat?"

Lista e fjalëve

Një mënyrë tjetër për të bërë pyetje është t'i sigurohet klientit një listë fjalësh për të zgjedhur në përshkrimin e simptomave, kushteve ose ndjenjave. Kjo qasje e listës së fjalëve ndihmon në merrjen e një përgjigje specifike dhe zvogëlon gjasat që klienti të perceptojë një përgjigje të pritshme. Për shembull, "A është dhimbja e fortë?"

Riformulimi

Riformulimi i informacionit që klienti ka dhënë është një mënyrë efektive për të komunikuar gjatë intervistës. Kjo teknikë ndihmon në sqarimin e informacionit që klienti ka deklaruar dhe mundëson që infermieri dhe klienti të reflektojnë mbi atë që u tha. Për shembull klienti thotë se ndihet i lodhur dhe me nauze për 2 muaj dhe se është i frikësuar sepse ai ka frikë se ka ndonjë sëmundje të keqe. Infermieri mund ta riformulojë këtë informacion duke thënë: "Ju po mendoni se keni një sëmundje serioze?"

Fraza të vendosura mirë

Infermieri mund të inkurajojë verbalizimin e klientit duke përdorur fraza të vendosura mirë. Për shembull, nëse klienti është në mes të shpjegimit të simptomës ose ndjenjës dhe beson se nuk po i kushtohet vëmendje, infermieri mund të mos arrij të merri të gjithë informacionin e nevojshëm. Infermierët duhet të dëgjojnë me vëmendje klientin gjatë përshkrimit të tij ose të saj dhe përdorin fraza të tilla si "um-hum", "po" ose "jam dakord" për ta inkurajuar klientin të vazhdojë.

Konkludimi

Duke nxjerrë informacion nga ajo që klienti thotë dhe çfarë vëzhgohet në sjelljen e klientit mund të nxirren më shumë të dhëna ose të verifikohen të dhënat e mbledhura. Infermierët duhet të jenë të kujdesshëm që most ë drejtojnë klientët drejt përgjigjeve që nuk janë të vërteta. Kjo teknikë, nëse përdoret siç duhet, ndihmon për të nxjerrë të dhënat më të sakta të mundshme nga klienti.

Sigurimi i informacionit

Një tjetër gjë e rëndësishme që duhet bërë gjatë intervistës është t'i jepet klientit informacion kur lindin pyetje dhe shqetësime. Infermierët duhet të sigurohen që t'i përgjigjen çdo pyetjeje sa më hollësisht të mundën. Nëse nuk e dinë përgjigjen, duhet të shpjegojnë se si do ta gjejnë atë. Sa më shumë që klientët të dinë për shëndetin e tyre, aq më shumë ka gjasa që ata të bëhen pjesëmarrës të barabartë në kujdesin për shëndetin e tyre. Ashtu si me komunikimin joverbal, disa teknika verbale mund të pengojnë komunikimin efektiv [1].

KONSIDERATA TË VEÇANTA GJATË INTERVISTËS

Tre variacione në komunikim duhet të merren parasysh kur intervistohen klientët: gerontologjik, aspekti kulturor dhe emocional. Këto variacione ndikojnë në teknikat joverbale dhe verbale që përdoren gjatë intervistës. Imagjinoni, për shembull, që infermieri po interviston një grua 82-vjeçare dhe i kërkon asaj të përshkruajë se si është ndjerë. Ajo nuk përgjigjet dhe duket e hutuar. Ky klient i moshuar mund të ketë disa problem me dëgjimin. Në një rast të tillë, infermierit mund ti duhet të modifikoj teknikën verbale të pyetjeve të hapura duke ndjekur udhëzimet e dhëna

Variacionet gerontologjike në komunikim

Mosha ndikon dhe zakonisht ngadalëson të gjitha sistemet e trupit në shkallë të ndryshme. Megjithatë, aspektet normale të plakjes nuk barazohen

domosdoshmërisht me një problem shëndetësor, kështu që është e rëndësishme që infermierët te një intervistë me një klient të moshuar të supozojnë paraprakisht se ka një problem shëndetësor. Klientët e moshuar kanë potencialin të jenë po aq të shëndetshëm sa klientët më të rinj. Kur intervistohet një klient të moshuar, së pari duhet të vlerësohet mprehtësia e dëgjimit. Me kalimin e moshës normalisht mund të ketë humbje të dëgjimit dhe humbja e pazbuluar e dëgjimit shpesh interpretohet si ngadalësi mendore ose konfuzion. Nëse infermieri interviston një klient me humbje të dëgjimit, duhet të flisi ngadalë, të jetë përballë me klientin gjatë gjithë kohës gjatë intervistës dhe ta pozicionoj veten në mënyrë që të jetë duke folur në anën që nuk ka problem me dëgjimin. Duhet të shmangen talljet e klientit për këtë problem shëndetësor. Klientët e moshuar mund të kenë më shumë shqetësime shëndetësore sesa klientët më të rinj dhe mund të kërkojnë kujdes shëndetësor më shpesh. Shumë herë, klientët e moshuar me probleme shëndetësore ndihen të prekshëm dhe të frikësuar. Ata duhet të besojnë se mund t'ju besojnë profesionistëve të kujdesit përpara se të hapen me ata për atë që i shqetëson. Kështu, krijimi dhe ruajtja e besimit, privatësisë dhe partneritetit me klientin e moshuar është veçanërisht e rëndësishme.

Nuk është e pazakontë që klientët më të rritur të merren si të mirëqenë dhe ankesat e tyre shëndetësore të shpërfillen, duke i bërë ata të kenë frikë nga ankesa. Shpesh është shqetësuese për klientët e moshuar që problemet e tyre shëndetësore mund të diskutohen hapur mes shumë ofruesve të kujdesit shëndetësor dhe anëtarëve të familjes. Infermierët duhet tu sigurojnë klientëve të moshuar se janë të shqetësuar për ata, dhe se i shohin ata si partnerë të barabartë në kujdesin shëndetësor dhe se ajo që diskutohet do të jetë mes tyre, ofruesit të tyre të kujdesit shëndetësor dhe atyre.

Gjatë intervistës me klientin e moshuar infermierët duhet të flasin qartë dhe përdorin një gjuhë të drejtpërdrejtë duke bërë pyetje në terma të thjeshtë dhe duke shmangur zhargonin mjekësor dhe zhargonin modern. Nëse klienti i moshuar është i hutuar ose harron, është e rëndësishme që të ketë një person tjetër të rëndësishëm (p.sh., bashkëshorti, fëmija, shoku i ngushtë) të pranishëm gjatë intervistës për të siguruar ose sqaruar të dhënat.

Variacionet kulturore në komunikim

Ndryshimet etnike/kulturore në komunikim dhe stilet e vetë-zbulimit mund të ndikojnë ndjeshëm në informacionin e marrë gjatë intervistës mjekësore. Nëse këto ndryshime janë evidente dhe infermierët gjykojnë që mund të ndikojnë në cilësinë e të dhënave të mbledhura duhet të merret në konsideratë dhe ndihma e një eksperti. Ky është dikush që është plotësisht i njohur jo vetëm me gjuhën e klientit, kulturën dhe praktikën e lidhura me kujdesin shëndetësor, por edhe me mjedisin dhe sistemin e kujdesit shëndetësor të kulturës dominuese. Ndryshimet e vërejtura shpesh në stilet e komunikimit përfshijnë:

- Tendenca për të dhënë informacion të huajve për shkak të kulturës
- Ndryshime në gadishmërinë për të shprehur hapur shqetësimin emocional ose dhimbjen
- Ndryshime në aftësinë për të marrë informacion(dëgjimi)

- Ndryshime për shkak të mos kuptimit të gjuhës, për shembull të emigranëtët që nuk flasin gjuhën vendase
- Ndryshime në përdorimin dhe kuptimin e komunikimit jo-verbal: kontakti me sy, gjestet, mimika. Për shembull kontakti i drejtpërdrejtë me nga shumë kultura sy mund të perceptohet si agresiv, pa edukatë.
- Ndryshime në perceptimin e sëmundjes
- Ndryshime në orientimin në kohë, të kaluarën, tashmen, të ardhmen
- Ndryshime në rolet e familjes dhe në marrjen e vendimeve. Për shembull, shpesh herë personi që merret vendimet për shëndetin nuk është vetë klienti por një person tjetër i familjes, për shembull ai më i madhi në moshë.

Infermierit mund ti duhet që të intervistoj një person që nuk flet gjuhën e tij dhe për këtë nevojitet që përkthyes që mirë është të njohi dhe kulturën e klientit.

Ndryshimet emocionale në komunikim

Jo çdo klient që infermierët takojnë do të jenë të qetë, miqësor dhe të etur për të marrë pjesë në procesin e intervistës. Emocionet e klientëve ndryshojnë për një sërë arsyes. Ata mund të jenë të frikësuar ose të shqetësuar për shëndetin e tyre ose për zbulimin e informacionit personal, të zemëruar që janë të sëmurë ose se duhet të bëjnë një ekzaminim, të dëshpëruar për shëndetin e tyre ose ngjarje të tjera të jetës, ose mund të kenë një motiv të fshehtë për të kryer një vlerësim. Klientët mund të kenë gjithashtu disa çështje të ndjeshme me të cilat po përballen dhe mund t'ju drejtohen për ndihmë infermierëve. Disa mënyra të dobishme për t'u marrë me klientë të ndryshëm me emocione dhe sjellje problematike janë diskutuar në tabelën e mëposhtme:

NDËRVEPRIMI ME KLIENTË ME GJENDJE TË NDRYSHME EMOCIONALE

Kur ndërvepron me një klient anksioz

- Ofroni klientit informacion të thjeshtë dhe të organizuar në format të strukturuar.
- Shpjegoni se kush jeni, së bashku me rolin dhe qëllimin tuaj.
- Bëni pyetje të thjeshta, koncize.
- Shmangni ankthin si klienti.
- Mos nxitoni dhe zvogëloni çdo stimul të jashtëm.

Kur ndërvepron me një klient të zemëruar

- Qasuni këtij klienti në një mënyrë të qetë, qetësuese dhe të kontrolluar.
- Lejojeni atë të ajrosë ndjenjat. Megjithatë, nëse klienti është jashtë kontrollit, mos debatoni ose prekni klientin.
- Merrni ndihmë nga profesionistë të tjerë të kujdesit shëndetësor sipas nevojës.
- Shmangni debatin dhe lehtësoni hapësirën personale në mënyrë klienti të mos ndihet i kërcënuar apo i bllokuar

Kur ndërvepron me një klient depresiv

- Shprehni interesin dhe mirëkuptimin e klientit dhe përgjigjet në mënyrë neutrale.
- Mos u përpiqni të komunikoni në një mënyrë optimiste, inkurajuese. Kjo nuk do të ndihmojë klientin në depresion.

Kur ndërvepron me një klient manipulative

- Siguroni strukturën dhe vendosni kufijtë.
- Dalloni ndërmjet manipulimit dhe një kërkesë të arsyeshme
- Nëse nuk jeni të sigurt nëse jeni duke u manipuluar, merrni një mendim objektiv nga kolegët e tjerë infermierë.

Kur ndërvepron me një klient me sjellje joshëse

- Vendosni kufij të fortë për sjelljen e hapur seksuale të klientit dhe shmangni duke iu përgjigjur sjelljeve delikate joshëse.
- Inkurajoni klientin të përdorë metoda më të përshtatshme përballimi në marrëdhëniet me të tjerët

Kur diskutoni për çështje të ndjeshme (p.sh., seksualiteti, vdekja, shpirtërore)

- Së pari, jini të vetëdijshëm për mendimet dhe ndjenjat tuaja në lidhje me vdekjen, spiritualitetin dhe seksualitetin; atëherë pranoni se këta faktorë mund të ndikojnë në shëndetin e klientit dhe mund të kenë nevojë të diskutohen me dikë.
- Bëjini pyetje të thjeshta në një mënyrë jogjykues.
- Lëreni kohë për ventilimin e ndjenjave të klientit sipas nevojës.
- Nëse nuk ndiheni rehat ose kompetent për të diskutuar tema personale, të ndjeshme, mund t'i referoheni sipas nevojës, për shembull, te një pastor për shqetësime shpirtërore ose specialistë të tjerë sipas nevojës [1].

Rëndësia e Profesionalizmit në Infermieri

Një pjesë e të qenit një infermier i/e shkëlqyer është aftësia për të demonstruar profesionalizëm. Pavarësisht nga niveli i tyre i infermieror, infermierët e suksesshëm janë ata që shfaqin dhembshuri, ndjeshmëri dhe përkushtim - dhe që i kushtohen karrierës së rritjes personale dhe zhvillimit profesional.

Profesionalizëm në infermieri nënkupton ofrimin e kujdesit të cilësisë së lartë për pacientët, duke mbajtur gjithashtu vlerat e përgjegjshmërisë, respektit dhe integritetit [2]. Siç përcaktohet nga Shoqata Amerikane e Infermierëve (ANA), "Infermiera është mbrojtja, promovimi dhe optimizimi i shëndetit dhe aftësive, parandalimi i sëmundjeve dhe lëndimeve, lehtësimi i vuajtjeve përmes diagnostikimit dhe trajtimit të reagimit njerëzor dhe avokimit në kujdesin e individëve, familjeve, komuniteteve dhe popullatës". Në thelb, profesionalizmi i infermierisë ka të bëjë me demonstrimin e një përkushtimi të palëkundur ndaj profesionit dhe vullnetit për të ofruar vazhdimisht kujdesin më të lartë për pacientët. Kur infermierët shfaqin sjellje profesionale, pacientët marrin kujdes më të mirë, komunikimi në ekip përmirësohet, ka rritje të përgjegjshmërisë midis të gjithë praktikuesve dhe mjedisi i përgjithshëm klinik është më pozitiv [3]. Të gjithë palët e interesuara përfitojnë—duke përfshirë pacientët, anëtarët e tjerë të ekipit të kujdesit shëndetësor dhe mbështetjen stafit.

6 mënyra për të demonstruar profesionalizëm në infermieri përfshijnë:

1. Vendos pacientët në radhë të parë

Është e rëndësishme jo vetëm të respektohen të drejtat e pacientëve – por edhe të kujdesemi për mënyrën se si ndihen pacientët. Trajtojini ata me mirësi, respekt dhe dhembshuri dhe dëgjoni shqetësimet dhe preferencat e tyre të veçanta. Sigurohuni që të veproni në interesin më të mirë të pacientëve në çdo kohë dhe përgatituni të shërbeni si një avokat për ta kur nevojat e tyre shëndetësore ndryshojnë nga pritshmëritë e familjes së tyre.

2. Komunikoni në mënyrë efektive

Profesionistët e infermierisë duhet të komunikojnë në mënyrë të qartë dhe efektive në çdo kohë. Kur flisni me pacientët dhe kujdestarët e tyre, përdorni terma që ata mund t'i kuptojnë lehtësisht. Gjithashtu, jini të gatshëm për të ndërmarrë hapa të arsyeshëm për të përmbushur nevojat gjuhësore dhe komunikuese të një individi (p.sh., sillni një përkthyes). Të komunikosh në mënyrë efektive do të thotë gjithashtu të mbash të dhëna të qarta dhe të sakta për pacientët dhe të praktikosh aftësi të mira ndërprofesionale të punës në grup.

3. Bashkëpunoni dhe udhëzoni të tjerët

Të punosh si infermiere do të thotë të veprosh si pjesë e një ekipi, prandaj është e rëndësishme të kesh një qëndrim bashkëpunues dhe të vlerësosh kontributet e të tjerëve. Ju duhet të jeni të hapur për të marrë këshilla dhe kritika konstruktive, dhe gjithashtu duhet të ndiheni rehat duke u ofruar kolegëve tuaj lavdërime dhe reagime konstruktive për punën e tyre. Ndarja e njohurive dhe përvojave me kolegët krijon një ekip më të arsimuar dhe efektiv. Ofrimi për të mentoruar një koleg ose student mund të thellojë lidhjet brenda një ekipi dhe të shërbejë si një përvojë e rritjes profesionale për të gjithë.

4. Mbani një qëndrim pozitiv

Për të pasur sukses si infermiere, është e rëndësishme mbajtja e një qëndrimi pozitiv. Pacientët i shikojnë ata jo vetëm për kujdesin por edhe për mbështetje emocionale.

5. Mbani standardin e kujdesit

Infermierët duhet gjithmonë të ofrojnë kujdes të bazuar në prova duke mbajtur njohuritë dhe aftësitë e tyre të përditësuara. Ata mund të ndihmojnë në parandalimin e gabimeve mjekësore duke përdorur një bazë të gjerë njohurish dhe duke u siguruar që çdo kujdes që ofrojnë ose këshilla që ofrojnë të jenë të informuara nga kërkimi. Edukimi në vazhdimësi është një mundësi për ruajtjen e këtij standarti nga ana e infermierëve.

6. Jini të përgjegjshëm dhe të ndershëm

Është e rëndësishme që profesionistët infermier të ruajnë integritetin e tyre duke marrë përgjegjësi personale dhe duke e mbajtur veten përgjegjës për çdo gabim. Jo vetëm që duhet përfaqësohen në mënyrë aktive në procesin e kujdesit – por gjithashtu duhet të njohin kufizimet e tyre dhe të kërkojnë ndihmë kur kjo nevojitet. Kur bëjnë gabime, duhet të ofrojnë edhe zgjidhje për ti korrigjuar ato. Për shembull, nëse e kuptojnë se kanë bërë një gabim në kartelën e pacientit, është e rëndësishme që ta referojnë dhe ta korrigjojnë atë [4].

Kompetenca etike profesionale

Kompetenca etike është një kualifikim ose kapacitet themelor që profesionistët e kujdesit shëndetësor kanë nevojë në praktikën e përditshme për të identifikuar dimensionet etike të qenësishme në vendimmarrjen e tyre. Kompetenca etike mund të ndihmojë profesionistët e kujdesit shëndetësor të gjejnë zgjidhjen më të mirë të mundshme për pacientët.

Etika i referohet shkencës ose studimit të moralit, parimeve etike dhe aftësive vendimmarrëse dhe ka të bëjë me vlerat dhe parimet që lidhen me sjelljen njerëzore. Etika është një komponent thelbësor i të gjithë praktikës infermiere. Sipas Kodit të Etikës për Infermierët të Këshillit Ndërkombëtar të Infermierëve (2012), infermierët kanë katër përgjegjësi themelore: të promovojnë shëndetin, të parandalojnë sëmundjet, të rivendosin shëndetin dhe të lehtësojnë vuajtjet. Në praktikën e tyre, infermierët duhet të respektojnë edhe të drejtat e njeriut, që përfshijnë të drejtat kulturore, të drejtën për jetë, zgjedhje dhe dinjitet dhe infermierët duhet t'i trajtojnë pacientët me respekt.

Etika profesionale i referohet normave dhe rregulloreve morale të përbashkëta nga një grup profesional, të cilat janë gjithashtu të lidhura me një organizatë dhe përdoren për të adresuar rrethana moralisht të paqarta. Etika profesionale drejton punën e përditshme të infermierëve dhe përdoret për të ndihmuar në parandalimin e keqtrajtimit etik. Në Modelin Global të Kompetencës të Organizatës Botërore të Shëndetësisë (2012), renditen disa cilësi thelbësore të lidhura me kompetencën etike: dëgjimi aktiv, mirëkuptimi, përgjegjësia, kolegjaliteti, identifikimi i konflikteve, respekti, konfidencialiteti dhe vlerat personale. Forcimi i ndjeshmërisë morale, gjykimit moral, motivimit moral dhe karakterit moral mund të ndikojë pozitivisht në kompetencën etike të një individi. Kompetenca etike është e nevojshme në kujdesin shëndetësor për të parandaluar keqtrajtimin dhe praktikën joetike. Për më tepër, kur zhvillohet kompetenca etike e profesionistëve të kujdesit shëndetësor, zhvillohen edhe aftësitë e avokimit të infermierëve. Të gjitha parimet e mësipërme duhet të

merren parasysh nga infermerët kur kryejnë një intervistë të klientit në kuadrin e marrjes së historisë shëndetësore [5].

Referenca

1. Janet R. Weber, Jane H. Kelley. Health Assessment in Nursing. 2014 Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.
2. American Nurses Association, "Recognition of a Nursing Specialty," Aug. 2017.
3. Nursco, "Professionalism in Nursing – 5 Tips for Nurses," July 13, 2018.
4. Nursing and Midwifery Council, "The Code," Jan. 29, 2015.
5. Hemberg J, Hemberg H. Ethical competence in a profession: Healthcare professionals' views. *Nurs Open*. 2020;7(4):1249-1259. Published 2020 May 18.

12

KONTROLLET E RREGULLTA

Objektivat

Në fund të këtij leksioni, studentët do të jenë në gjendje të:

- ☐ Përcaktojnë pse kontrollet e rregullta shëndetësore janë të rëndësishme
- ☐ Njohin kontrollet e rregullta shëndetësore të rekomanduara sipas grupmoshave dhe gjinisë
- ☐ Njohin Programin e Kontrollit Mjekësor Bazë në Republikën e Shqipërisë

Kontrollet e rregullta shëndetësore-fakte

Kontrollet e rregullta shëndetësore mund të identifikojnë çdo shenjë të hershme të problemeve shëndetësore.

Kur kryhet një kontroll shëndetësor, mjeku i familjes bisedon me klientin për historinë mjekësore, historinë e sëmundjes së familjes dhe stilin e jetësës, duke përfshirë dietën, peshën, aktivitetin fizik, përdorimin e alkoolit dhe duhanpirjes.

Kontrollet e rregullta shëndetësore mund të identifikojnë çdo shenjë të hershme të problemeve shëndetësore. Gjetja e problemeve në fillim do të thotë që shanset për trajtim efektiv janë më të larta. Shumë faktorë, si mosha, shëndeti, historia familjare dhe zgjedhjet e stilit të jetesës, ndikojnë në atë se sa shpesh është e nevojshme kryerja e këtyre kontrolleve.

Pse janë të rëndësishme kontrollet e rregullta shëndetësore

Vizitat e rregullta te mjeku rekomandohen edhe pse një individ mund të ndihet i shëndetshëm.

Qëllimi i këtyre vizitave është:

- kontrolli për probleme mjekësore aktuale ose të reja
- vlerësimi i rrezikun të problemeve mjekësore në të ardhmen
- nxit mbajtjen e një mënyre jetese të shëndetshme
- përditësimi për vaksinat.

Kontrollet shëndetësore zakonisht përfshihen në kujdesin rutinë mjekësor. Kjo mund të jetë diçka që klienti e bën rregullisht vetë ose e diskuton me një profesionist të kujdesit shëndetësor.

Kontrollet shëndetësore në shtëpi

Kontroli bazë shëndetësor mund të kryhet edhe në shtëpi dhe përfshin kontrollin e shëndetit në lidhje me:

Alkooli - njerëz që kanë të paktën dy ditë pa alkool në javë dhe konsumojnë jo më shumë se dy pije standarde në ditë kanë shëndet më të mirë afatgjatë.

Kujdesi dentar – larja rregullisht e dhëmbëve dhe konsumi i një diete me sheqer të ulët mund të zvogëlojë rrezikun e prishjes së dhëmbëve, sëmundjes së mishrave të dhëmbëve dhe humbjes së dhëmbëve. Vizitat te një dentist ose profesionist tjetër të shëndetit oral duhet të bëhen të paktën një herë në vit, që përfshijnë ekzaminimin dentar dhe pastrimin profesional.

Ushqimi - një dietë e shëndetshme përmirëson shëndetin dhe mirëqenien e përgjithshme. Konsumi duhet të përfshijë dy porcione të frutave dhe pesë porcione të perimeve çdo ditë.

Aktiviteti fizik - aktiviteti i rregullt fizik është i mirë për shëndetin mendor, zemrën dhe eshtrat, dhe mund të parandalojë shumë sëmundje. Qëllimi është për kryerjen e 30 minutave aktivitet fizik të moderuar në ditë.

Kontrollet e lëkurës - kontrollohet rregullisht lëkura për njolla apo nishane të pazakontë, dhe këshillohet konsultimi me mjekun nëse vërehet ndonjë gjë e pazakontë. Njerëzit që punojnë jashtë, të ekspozuar në diell duhet të kryen një kontroll vjetor te një dermatolog.

Pirja e duhanit - Pirja e duhanit rrit rrezikun e shumë sëmundjeve, duke përfshirë sëmundjet e zemrës, goditjet, sëmundjen e mushkërive dhe osteomalacinë. Këshillohet ndërpreja e duhanit sa më shpejtë që të jetë e mundur.

Pesha - Mbajtja e një peshë të shëndetshme ndihmon në parandalimin e sëmundjeve afatgjata, të tilla si diabeti dhe artriti.

Kontrolle të rregullta shëndetësore për të rriturit

Kontrollet e rregullta shëndetësore mund të ndihmojnë për të identifikuar shenjat e hershme paralajmëruese të sëmundjes. Sëmundjet e zemrës, diabeti dhe disa lloje kanceri shpesh mund të zbulohen në fazat e tyre të hershme, kur trajtimi mund të jetë më i suksesshëm. Kur kryhet një kontroll, profesionistët e kujdesit flasin me pacientin për historinë mjekësore, historinë e sëmundjes së familjes dhe mënyrën e jetesës. Stili i jetesës përfshirë dietën, ushtrimin apo konsumin e alkoolit dhe duhanit janë gjithashtu pjesë e diskutimit. Nëse një person ka historik familjar me një sëmundje të caktuar nëpërmjet kontrolleve të rregullta mund të kuptohen shenjat e hershme paralajmëruese. Nëse personi ka një rrezik të lartë për një gjendje të caktuar shëndetësore, rekomandohen kontrolle më të shpeshta shëndetësore që në moshë më të hershme. Kontrolli përfshin disa teste të zakonshme, por sipas situatës mund të rekomandohen edhe të tjera.

Kontrollet shëndetësore për zemrën

Kontrollet shëndetësore për sëmundjet e zemrës mund të përfshijnë:

Presioni i gjakut – këshillohet kontrolli i presionit të gjakut çdo dy vjet nëse është normal, personi është nën 40 vjeç dhe nuk ka histori familjar të presionit të lartë të gjakut. Kontrolli çdo vit rekomandohet nëse personi është mbi 40 vjeç, presioni i gjakut është në nivele të larta ose ka një histori personale ose familjare të presionit të lartë të gjakut, goditjes në tru ose sulmit në zemër.

Testet e gjakut – kontrolloni nivelet e kolesterolit dhe triglicerideve në gjak, ndër të tjera. Nivelet e larta mund të tregojnë një rrezik të shtuar të problemeve të ndryshme shëndetësore, duke përfshirë sëmundjet e zemrës. Nëse personi është mbi 45 vjeç, këto analiza gjaku duhet të bëhen një herë në pesë vjet. Nëse kanë një rrezik të lartë të sëmundjeve të zemrës dhe historik familjar, nga moshë 40 vjeçare testimi duhet të bëhet çdo vit.

Elektrokardiograma (EKG) – ky është një test mjekësor jo-in vaziv dhe pa dhimbje që zbulon anomalitë kardiake (të zemrës) duke matur aktivitetin elektrik të krijuar nga zemra ndërsa ajo tkurret.

Testet e obezitetit – mbipesha është një faktor i rëndësishëm rreziku për shumë gjendje shëndetësore, duke përfshirë sëmundjet kardiovaskulare dhe diabetin. Indeksi i masës trupore (BMI) dhe matja e perimetrit të belit duhet të kontrollohet çdo dy vjet. Nëse personi është në një rrezik më të lartë, kontrolli i peshës duhet të bëhet më shpesh.

Kontrollet shëndetësore për diabetin

Testet për diabetin përfshijnë një test të nivelit të sheqerit në gjak esëll, i cili mat sasinë e glukozës në gjak pas agjërimit (duke mos ngrënë për një kohë). Zakonisht bëhet para se të konsumohet mëngjes. Në varësi të nivelit të rrezikut, rekomandohet që testimi të bëhet çdo vit ose një herë në tre vjet.

Faktorët e rrezikut për diabetin e tipit 2 përfshijnë:

- histori familjare e diabetit
- para diabet (nivele pak të ngritura të glukozës në gjak)
- mosha mbi 45 vjeç
- mbipeshë apo obezitet
- presionin e lartë të gjakut
- kolesterolit të lartë në gjak
- pirja e duhanit
- mënyrë jetese joaktive
- histori e anginës (dhimbje gjoksi), sulm në zemër ose goditje në tru
- gratë, me një histori të diabetit gestacional në shtatzëni
- gratë, me historik të sindromës së ovarit policistike.

Kontrollet shëndetësore për kancerin e zorrëve

Testi i gjakut okult fekal përdor kimikate për të kontrolluar për gjak një mostër të lëvizjes së zorrëve, që mund të jetë një shenjë e kancerit të zorrëve. Nëse personi është mbi 50 vjeç, duhet ta bëjë këtë test një herë në dy vjet, ose pasi të ketë mbushur 40 vjeç nëse ka një histori familjare me këtë sëmundje.

Njerëzit me rrezik të lartë të kancerit të zorrëve mund të kenë nevojë për një kolonoskopi çdo pesë vjet. Gjatë këtij testi, mjeku fut një instrument të hollë të quajtur kolonoskop përmes anusit për të kontrolluar vizualisht rektumin dhe zorrën e trashë për ndonjë anomali.

Kontrollet shëndetësore për sëmundjet e syve

Shikimi tenton të përkeqësohet me kalimin e moshës. Sëmundjet serioze të syrit si glaukoma, katarakti, retinopatia diabetike dhe degjenerimi makular janë më të zakonshme me kalimin e moshës.

Personat mbi 65 vjeç duhet të bëjnë një ekzaminim vjetor. Megjithatë, testimi më i shpeshtë mund të rekomandohet për ata me faktorë të caktuar rreziku, si p.sh.

- historik familjare të sëmundjes së syrit

- historik personal të sëmundjes ose lëndimit të syrit
- gjendje të caktuara mjekësore si presioni i lartë i gjakut ose diabeti
- nëse marrin medikamente të caktuara.

Nëse personat mbajnë syze ose lente kontakti, kontrollet e syve duhet të bëhen çdo vit. Të rriturit që nuk mbajnë syze me recetë ose lente kontakti duhet të bëjnë një test sysh çdo dy vjet.

Kontrollet shëndetësore për kockat

Rritja e moshës është një faktor i rëndësishëm rreziku për osteoporozën si te burrat ashtu edhe te gratë. Një test i densitetit të kockave ndihmon për të përcaktuar shëndetin e kockave. Në përgjithësi, njerëzit mbi 50 vjeç duhet të vlerësohen për nevojën për të bërë një test të densitetit kockor.

Kontrollet shëndetësore për gratë

Për të qenë në gjendje të mirë shëndetësore dhe për të identifikuar problemet e mundshme shëndetësore në një fazë të hershme, është e rëndësishme që gratë të bëjnë kontrolle të rregullta shëndetësore. Ka një sërë testesh specifike që duhet t'i bëhen pjesë e rutinës së rregullt.

Ekzaminimi i kancerit të gjirit

Kanceri i gjirit është kanceri më i zakonshëm që prek gratë. Mund të ndodhë në çdo moshë, por është më e zakonshme tek gratë mbi 60 vjeç.

Ekzaminimi i gjirit (i njohur edhe si mamografi) është mënyra më e mirë për të zbuluar herët kancerin e gjirit. Zbulimi i hershëm redukton vdekjet dhe ndikimin e trajtimit nga kanceri i gjirit.

Nëse gratë vërejnë ndonjë simptomë të gjirit ose një ndryshim në pamjen dhe ndjesinë e gjirit duhet të vizitojnë mjekun sa më parë.

Testi depistues i qafës së mitrës

Pap-testi është zëvendësuar me një test të ri depistues të qafës së mitrës i cili kryhet çdo pesë vjet. Ky test është i sigurt, më i saktë dhe zbulon infeksionin human papilloma virus (HPV), që është dhe shkaku kryesor i kancerit të qafës së mitrës. Ky test për herë të parë duhet të bëhet në moshën 25 vjeç ose dy vjet pas Pap testit të fundit. Nëse rezultati është normal, do të duhet të përsëritet pas pesë vjetësh. Edhe nëse një grua është vaksinuar kundër HPV, duhet të vazhdojë të bëjë kontrolle të rregullta pasi vaksina nuk mbron nga të gjitha llojet e infeksionit HPV që dihet se shkaktojnë kancerin e qafës së mitrës.

Ekzaminimi i Infeksioneve Seksualisht të Transmetueshme

Nëse personi është seksualisht aktiv, duhet të bëjë testin për klamidia çdo vit midis moshës 15 dhe 29 vjeç, nëpërmjet një testi të thjeshtë të urinës. Klamidia është shumë e zakonshme dhe jo gjithmonë shfaq simptoma. Nëse personi është në rrezik të infeksioneve të tjera seksualisht të transmetueshme, si HIV/AIDS ose herpes, duhet konsultë me mjekun për testime të mëtejshme.

Shtatzënia

Rikomandohet që femrat në moshë fertiliteti duhet të bëjnë një kontroll të përgjithshëm përpara se të mbeten shtatzënë për të diskutuar çdo rrezik shëndetësor gjatë shtatzënisë. Gjatë shtatzënisë, kontrollet e rregullta antenatale ndihmojnë në monitorimin e zhvillimit të foshnjës, zbulimin e anomalive dhe vlerësimin e shëndetit.

Testet që lidhen me shtatzëninë mund të përfshijnë skanime me ultratinguj, analiza të urinës, analiza gjaku dhe teste gjenetike. Disa teste antenatale rekomandohen për të gjitha gratë shtatzëna, ndërsa të tjerat janë të nevojshme vetëm për gratë me rrezik të shtuar të komplikacioneve.

Kontrollet shëndetësore për meshkujt- Kontrollet shëndetësore për kancerin e prostatës

Nuk rekomandohet që të gjithë meshkujt të testohen në mënyrë rutinore për kancerin e prostatës. Do të duhet të merren parasysh përfitimet, rreziqet dhe pasiguritë e testimit, si dhe rrezikun e zhvillimit të sëmundjes.

Kontrollet shëndetësore për të moshuarit

Ekzaminimi i aneurizmës së aortës abdominale – duhanpirësit e mëparshëm dhe aktualë (veçanërisht meshkujt e moshuar) mund të konsiderojnë kryerjen e një ekografie për të kontrolluar aneurizmat e aortës abdominale, një fryrje e mbushur me gjak në aortë.

Depistimi i presionit të gjakut - çdo vit. Nëse personi ka diabet, sëmundje të zemrës, probleme me veshkat ose disa sëmundje të tjera, mund të duhet që kontrollet të bëhen më të shpeshta

Ekzaminimi i kancerit të zorrëve – një test i thjeshtë për shenjat e kancerit të zorrëve rekomandohet një herë në dy vjet mbi moshën 50 vjeç

Kontroli i kolesterolit dhe parandalimi i sëmundjeve të zemrës - çdo pesë vjet nëse nivelet janë normale. Nëse personi ka kolesterol të lartë, diabet, sëmundje të zemrës, probleme me veshkat ose disa sëmundje të tjera, mund të nevojiten kontrole më të shpeshta

Ekzaminimi i diabetit - çdo tre vjet. Nëse personi është mbipeshë dhe ka faktorë të tjerë rreziku për diabetin, nevojitet konsultë me mjekun për kontrole më të shpeshta.

Ekzaminimi i kancerit të mushkërive – për duhanpirësit aktualë dhe ata që e kanë lënë duhanin brenda 15 viteve të fundit

Ekzaminimi i osteoporozës – nëse kanë faktorë rreziku për osteoporozën, duhet të konsultohen me mjekun për ekzaminimin. Faktorët e rrezikut mund të përfshijnë përdorimin afatgjatë të steroideve, peshën e ulët trupore, duhanin, përdorimin e rëndë të alkoolit ose një histori familjare të osteoporozës

Ekzaminimi fizik - çdo vit ose siç rekomandohet nga mjeku. Mjeku do të kontrollojë dhe dokumentojë peshën, gjatësinë dhe indeksin e masës trupore (BMI).

Imunizimi duhet të përfshijë, në veçanti:

- vaksinë kundër pneumokokut nëse nuk e keni bërë kurrë, ose nëse kanë kaluar më shumë se pesë vjet që nga vaksina
- vaksinë vjetore kundër gripit
- përforcues tetanoz-difteria-pertusis çdo 10 vjet
- vaksinë herpes zoster ose herpes.
- vaksinë COVID-19.

Kontrollet me profesionistë të tjerë shëndetësorë mund të përfshijnë:

- ekzaminim dentar - çdo vit apo më shumë, ose më shpesh nëse rekomandohet nga dentisti.
- testi i syve - çdo një deri në dy vjet nëse kanë probleme me shikimin ose rrezik për glaukomën
- test dëgjimi - nëse kanë simptoma të humbjes së dëgjimit [1].

Programi i Kontrollit Mjekësor Bazë Pa Pagesë për Popullatën 35-70Vjeç

Check-Up” ofrohet për çdo person në grupmoshën 35-70 vjeç pranë qendrës shëndetësore të vendbanimit.

Ministria e Shëndetësisë lançoi në 04/12/2014 fushatën ndërgjegjëse dhe informimit publik – “**Si Je?**”- e cila, fton të gjithë shqiptarët e grupmoshës 40-65 vjeç, që një herë në vit, të paraqiten në qendrën e tyre shëndetësore pranë vendbanimit dhe të kryejnë kontrollin shëndetësor bazë pa pagesë.

Kontrolli Shëndetësor Bazë është një program kombëtar, pa pagesë për përfituesit e tij, që synon depistimin e popullatës për faktorët e rrezikut dhe sëmundshmërinë më prevalente me qëllim kujdesin për shëndetin, parandalimin e sëmundjeve dhe komplikacioneve, zbulimin e hershëm të çrregullimeve, mjekimin në fazat e hershme dhe përmirësimin e kulturës shëndetësore, prej të cilit do të përfitojnë të gjithë shtetasit e grupmoshës 40-65 vjeç me qëndrim të përhershëm në Republikën e Shqipërisë.

Profili i Fushatës

Kjo fushatë i'u drejtohet së pari, të gjithë shtetasve të grupmoshës 40-65 vjeç me qëndrim të përhershëm në Republikën e Shqipërisë, të identifikuar nga të dhënat e Ministrisë së Punëve të Brendshme dhe të regjistrit elektronik që administrohet nga mjekët e përgjithshëm të qendrave shëndetësore; dhe gjithashtu, grupi dytësor i synuar i saj, janë të rinjtë, prindërit, familjet, institucionet publike qeveritare dhe joqeveritare, si dhe publiku i gjerë.

Qëllimi i Fushatës

- **Të bëjë të njohur programin e kontrollit mjekësor bazë pa pagesë për popullatën 40-65 vjeç**, por edhe për publikun e gjerë në Shqipëri; si dhe,

- **Të ftojë gjithë shqiptarët e kësaj grupmoshe**, që një herë në vit, të paraqiten në qendrën e tyre shëndetësore pranë vendbanimit dhe të kryejnë kontrollin shëndetësor bazë pa pagesë.

Çfarë është Kontrollit Mjekësor Bazë dhe Përse Shërben?

Çdo individ, sado i shëndetshëm, në një etapë të caktuar të jetës së tij (që nga mosha mesatare), është i rrezikuar nga sëmundjet si ato të zemrës dhe enëve të gjakut, goditjet në tru, diabeti, sëmundjet e veshkave, disa forma të demencës, depresioni, etj.

Sëmundjet kronike jo-të-transmetueshme, veçanërisht ato kardio-vaskulare dhe tumorale, janë shkaktarët më të mëdhenj të vdekshmërisë në Shqipëri. Ato janë sëmundje që kanë në bazë të tyre një stil jo të shëndetshëm jetese, prandaj është thelbësore që të mund të parandalohen duke u kapur në kohë dhe duke ndikuar në edukimin shëndetësor të popullatës për një stil të shëndetshëm jetese. Në një masë dërmuese, barra e sëmundshmërisë në Shqipëri përcaktohet nga tre faktorë madhorë të rrezikut: ushqyerja jo e shëndetshme, presioni i lartë i gjakut dhe konsumi i produkteve të duhanit.

Individët e grupmoshës 40-65 vjeç kanë rrezik më të lartë për një sërë gjëndjesh shëndetësore jo të favorshme dhe pikërisht këta individë do të kishin përfitimin maksimal nga zbulimi i hershëm i sëmundjes së tyre.

Shfaqjen e këtyre sëmundjeve mund ta favorizojnë gjithashtu edhe disa faktorë të tjerë që lidhen me mënyrën e jetesës, stresin, trashëgueshmërinë familjare, etj.

Kontrolli shëndetësor nëpërmjet paketës së detyrueshme për moshat 40-65 vjeç, ka si qëllim të ndihmojë në uljen e rrezikut për të zhvilluar këto sëmundje të zakonshme dhe të rrezikshme, por që në kohën e sotme, është e mundur të parandalohen.

Si do të Funksionojë Kontrolli Mjekësor Bazë?

Nëse jeni në moshën 40-65 vjeç, ju do të merrni njoftimin dhe disa udhëzime më postë ose telefon nga Mjeku i Familjes, lidhur me paraqitjen, për të kryer kontrollin një herë në vit, në një afat kohor të caktuar (2-3 ditë) brenda muajit të lindjes. Kjo do t'ju ndihmojë që të keni lehtësi procedurale, koha e pritjes të jetë sa më e shkurtër dhe e planifikuar.

Ajo që është më e rëndësishmja, në rast se ju paraqiten probleme me shëndetin, të diagnostikoheni dhe të trajtoheni sipas të gjitha rregullave, nga Mjeku i Familjes, i cili ju mbulon me shërbimin shëndetësor të ofruar në Qendrën Shëndetësore pranë zonës ku ju banoni.

Personeli infermier që do të ofrojë shërbimin e Paketës së Detyrueshme të Kontrollit Mjekësor për moshën 40-65 vjeç, është profesionalisht i aftë dhe i trajnuar për të gjithë elementët që përmban paketa e këtij shërbimi.

Gjatë kontrollit, rreziku për sëmundje do të vlerësohet nëpërmjet disa testeve të thjeshta dhe pyetjeve standart për stilin e jetës që bëni, mënyrën e ushqyerjes, dhe historinë mjekësore të familjes suaj. Do t'ju ofrohen këshilla të

personalizuara dhe ndihmë për të ulur rrezikun e sëmundjeve dhe për të bërë një jetë sa më të shëndetëshme.

Këto do të përfshijnë këshilla për disa ndryshime të vogla por të rëndësishme për regjimin e ushqimit, ose çfare aktiviteti fizik duhet të kryeni sipas gjendjes shëndetësore dhe nivelit të rrezikut që ju konstatohet.

Nëse konstatohet rrezik i nivelit të lartë, do të trajtoheni me ndihmën e duhur mjekësore, si medikamente që kontrollojnë presionin arterial të gjakut (tensionin), diabetin, ose sëmundjet e veshkave, të shoqeruara me udhëzimet për rënien në peshë, ose lënien e duhanit, kontrollin e pirjes së alkoolit etj.

Është e këshillueshme për të gjithë personat që mund të përfitojnë, të mos e humbasin mundësinë për të kontrolluar gjëndjen e tyre shëndetësore, të paraqiten në kohën e caktuar për të marrë shërbimin që ofron Qendra Shëndetësore me anë të kësaj pakete kontrolli rutinë të përvitshëm, të kontaktojnë me Mjekun e Familjes.

Kjo do të thotë që të jeni të vëmendshëm dhe të veproni herët, për të përmirësuar ndjeshëm dhe në kohë shëndetin, për të gëzuar një jetë më të mirë dhe më të gjatë. Ndryshime të vogla, të vazhdueshme të mënyrës së jetesës, mund të bëjnë diferencë të madhe ndërmjet të sëmurit dhe të shëndetshmit.

Ndërkohë, nëse keni shqetësime që lidhen me shëndetin, mos prisni të vijë koha e përfitimit të Paketës së kontrollit mjekësor bazë, por drejtohuni pranë qendrës shëndetësore dhe kontaktoni me infermierin dhe mjekun e familjes në mënyrën e zakonshme.

Hallkat e Procesit të Kontrollit Mjekësor Bazë

Thirrja e individëve për kontrollin bazë do të realizohet nëpërmjet:

- Shërbimit postar.
- Dërgim me zarf në adresë të çdo shtetasi qëndrim të përhershëm 40-65 vjeç:
 - ftesa që sistemi shëndetësor i dërgon personit;
 - informacioni standard në lidhje me kontrollin mjekësor bazë;
 - kontenieri për materialin e ekzaminimit IFOB.;
 - numër telefoni pa pagesë për informacione/paqartësi (qendra e thirrjeve – call center)

Marrja pjesë në kontrollin mjekësor bazë do të ofrohet në një nga tri datat që do t'i propozohen individit, në muajin e tij/saj të lindjes.

- Thirrje back-up nëpërmjet telefonit.

Parimet e kontrollit mjekësor bazë

- **Çdo shtetas** me qëndrim të përhershëm në Republikën e Shqipërisë, që i përket **grupmoshës 40-65 vjeç**, ka të drejtën e kontrollit mjekësor bazë, pa diskriminim.
- Kontrolli mjekësor bazë 40-65 vjeç është pa pagesë për shtetasit përfitues të programit.

- Kontrolli mjekësor bazë 40-65 vjeç ofrohet dhe realizohet nga **punonjësit e shëndetësisë në Kujdesin Shëndetësor Parësor**, të kontraktuar nga **Fondi i Sigurimeve të Detyrueshme të Kujdesit Shëndetësor (FSDKSH)**.
- Kontrolli mjekësor bazë realizohet në infrastrukturën e **415 Qendrave Shëndetësore**, të shtrira në të gjithë territorin e vendit.
- Çdo shtetas gëzon të drejtën të japë **pëlqimin** për kujdesin shëndetësor që do t'i ofrohet.
- Çdo shtetas gëzon **të drejtën e trajtimit me dinjitet**.
- Çdo shtetas, që i përket grupmoshës 40-65 vjeç, pas kryerjes së kontrollit mjekësor bazë, gëzon **të drejtën e këshillimit, trajtimit dhe referimit** sipas kuadrit rregullator në fuqi [2].

Referenca

1. <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/servicesandsupport/regular-health-checks#why-regular-health-checks-are-important>
2. <https://shendetesia.gov.al/si-je-nje-tjeter-hap-strategjik-drejt-rilindjes-qe-duam/>