

MATERIAL MËSIMOR

Në mbështetje të mësuesve të drejtimit mësimor:

“SHËRBIME SOCIALE DHE SHËNDETËSORE”

Niveli II i KSHK

NR. 4

Ky material mësimor i referohet:

- **Lëndës profesionale:** “Edukimi shëndetësor dhe higjiena”, kl.10 (L-21-089-18)
- **Temave mësimore:**
 - Shëndeti dhe modelet e tij
 - Sëmundja dhe stadet e saj
 - Historiku i përkujdesjes social-shëndetësore
 - Qëllimet e përkujdesjes social-shëndetësore
 - Organizimi i përkujdesjes social-shëndetësore
 - Shenjat jetësore të organizmit
 - Nevojat fiziologjike
 - Rëndësia e aktiviteteve fizike në përkujdesjen social-shëndetësore
 - Përdorimi i mjeteve ndihmëse

Përgatiti:

Elidona Elezaj

Tiranë, 2020

Tema 1. Shëndeti dhe modelet e tij

Shëndeti



Përcaktimi për shëndetin është i ndryshëm. Shëndeti ose mirëqenia nuk është thjesht një mungesë sëmundjeje. Nuk ka një përcaktim të saktë që të jetë pranuar nga punonjësit e kujdesit shëndetësor për shëndetin. Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH) e përcakton shëndetin si një mirëqenie fizike, mendore dhe sociale dhe jo thjesht mungesë sëmundjeje ose dobësi. Ky përcaktim I shëndetit deri më sot nuk është pranuar tërësisht. Shumë besojnë se ky përcatim është irealist sepse njerëzit që janë të varfër ose banojnë në vende të pazhvilluara nuk mund të konsiderohen të konsiderohen të shëndetshëm.

Këndvështrimi bio-mjekësor mbi shëndetin

Kufizimi i termit bio-mjekësor qëndron në faktin se, shëndeti konsiderohet si “negativi” i sëmundjes, ndërkohë që shumë autorë argumentojnë se shëndeti është shumë më tepër se kaq.Pra, koncepti i sëmundjes si “fenomeni i kundërt i shëndetit” është shumë i cunguar.Nga ky këndvështrim, probleme të tilla si, varfëria apo pa drejtësia sociale duhen marrë patjetër në konsideratë sa herë që i referohemi të “kundërtës së shëndetit”.

Shëndeti si koncept “tërësor”

Sipas këtij këndvështrimi, shëndeti konsiderohet si koncept “tërësor” duke i’u referuar shumë elementëve si: “tërësisë së individëve” të një shoqërie, “tërësisë së komuniteteve”, “tërësisë së dimensioneve të shëndetit”, apo “tërësisë së faktorëve përcaktues të shëndetit”. Kështu, sipas këtij koncepti, “trupi”, “mendja”, “shpirti” dhe “emocionet” ndërveprojnë dhe funksionojnë si “një e tërë”.Gjithashtu, në këtë konceptim të shëndetit, theksohet edhe ndërvarësia (marrëdhëniet reciproke) mes individëve me njëri-tjetrin.Një vëmendje e veçantë i 26 kushtohet të gjithë dimensioneve të shëndetit dhe të gjithë faktorëve përcaktues të shëndetit në mënyrë të tillë që, shëndeti fizik dhe ai mendor konsiderohen njëloj të “çmuar”.Koncepti “tërësor” i shëndetit përshkohet nga një filozofi e unitetit mes dimensioneve dhe aspekteve të ndryshme që përcaktojnë shëndetin e individit në veçanti, dhe të popullatës në tërësi.Sipas këtij konceptimi, fokusi përqëndrohet në karakterin sinergjik të shëndetit, individit dhe shoqërisë, ku të gjithë elementët përbërës ndërveprojnë në mënyrë sinergjike duke përfutur një “tërësi” që është më e madhe sesa shuma e të gjithë elementëve përbërës.Prandaj, këndvështrimi “tërësor” i shëndetit është shumë i rëndësishëm përse i takon evokimit të karakterit ndërveprues të të gjithë komponentëve të shëndetit, individëve, shoqërisë dhe botës në tërësi.Kjo përfaqëje “tërësore” ndaj shëndetit është përfaqëuar nga shumë shkolla perëndimore gjatë këtyre dekadave të fundit.Kështu,

njerëzit po bëhen gjithnjë e më të ndërgjegjshëm për lidhjen e ndërsjellë mes “trupit” dhe “mendjes” mbi çështjet e lidhura me shëndetin. Koncepti “tërësor” mbi shëndetin aludon gjithashtu për një ekuilibër mes të gjitha pjesëve përbërëse të shëndetit. Nga kjo pikëpamje, “ekuilibri” i këtyre komponentëve, sipas shumë autorëve, është edhe thelbi i shëndetit. Koncepti “tërësor” i shëndetit është i një rëndësie vendimtare për një shoqëri që pretendon të jetë progresive. Kështu, preokupimi i një shoqërie vetëm për sëmundje të karakterit fizik do të ishte shumë defektoz dhe i njëanshëm. Të gjitha shoqëritë në mbarë botën deri në dekadat e fundit, vunë theksin në trajtimin e sëmundjeve pas shfaqjes së tyre dhe/ose mënjanimin të faktorëve “klasikë” të rrezikut. Vitet e fundit, gjithnjë e më shumë po i mëshohet studimit të faktorëve të tjerë përcaktues të shëndetit, përfshi nivelin e edukimit, të ardhurat materiale, strehimin, apo punësimin.

Siç u përmend më lart, sipas përkufizimit të Organizatës Botërore të Shëndetësisë shëndeti është: “Gjendja e mirëqenies së plotë fizike, mendore dhe shoqërore dhe jo thjesht mungesa e sëmundjeve apo e pa fuqisë fizike të organizmit”, dhe ky përcaktim ka karakteristikat e mëposhtme :

1. Shqetësimi për individin si një sistem i tërë.
2. Shëndeti identifikon mjedisin e jashtëm dhe të brendshëm.
3. Njohja e rëndësisë së rolit individual në jetë.

Shëndeti dhe sëmundja duhet të përcaktohen në bazë individuale. Shëndeti lidhet ngushtë me mënyrën e jetesës dhe për këtë arsye disa sëmundje mund të konsiderohen se janë rezultat i mënyrës së jetesës. Shëndeti është një gjendje dinamike me të cilën individi adaptohet ndaj ndryshimeve të mjedisit të brendshëm ose të jashtëm. Këto dy mjedise ndryshojnë në vazhdimësi, ndaj personi duhet të adaptohet për të ruajtur mirëqenien.

Modelet e shëndetit dhe sëmundjes

Shëndeti dhe sëmundja janë koncepte komplekse, dhe për të kuptuar lidhjen ndërmjet këtyre koncepteve dhe qëndrimit të klientit ndaj shëndetit dhe praktikave shëndetësore përdoren shumë modele

1. Modeli I besimit të shëndetit

Modeli I besimit të shëndetit janë idete, bindjet dhe qëndrimet e një personi rreth sëmundjes dhe shëndetit. Sjelljet e zakonshme zakonisht rezultojnë nga besimet e shëndetit të cilat mund të ndikojnë pozitivisht ose negativisht në shëndet.

- a) Sjellje të shëndetshme positive janë aktivitetet e lidhura me ruajtjen, përmirësimin ose rikthimin e shëndetit si dhe me parandalimin e sëmundjeve, të tilla si : gjumi, ushtrimet, dieta dhe regjimi.
- b) Sjellje negative ndaj shëndetit përfshijnë praktikatat aktuale dhe potenciale të dëmshme për shëndetin si : duhani, droga, alkoli, dieta e varfër si dhe refuzimi për të marrë medikamentet e nevojshme.

Ky model e ndihmon personin përkujdeses për të kuptuar faktorët që ndikojnë në perceptimin e klientit, besimit, dhe sjelljeve për të planifikuar një kujdes sa më efikas.

2. Vazhdimësia e modelit shëndet-sëmundje

Sipas këtij modeli shëndeti është një gjendje dinamike që ndryshon në varësi të adaptimit të personit ndaj ndryshimeve të jashtme dhe të brëndshme të mjedisit për të ruajtur një gjendje të plotë mirëqënie. Faktorët e rrezikut të një klienti janë të rëndësishëm për të identifikuar nivelin e shëndetit. Faktorët e rrezikut përfshijnë faktorët gjenetik dhe fiziologjik si osha, mënyra e jetesës dhe mjedisi. Mënyra se si klientët e shohin nivelin e tyre të shëndetit varet gjithashtu edhe nga qëndrimi i tyre ndaj shëndetit, besimit dhe përceptimit të mirëqënies së tyre.

3. Modeli i mirëqënies në nivel të lartë

Ky model fokusohet në maksimizimin e potencialit të shëndetit të një individi, familjeje dhe komuniteti. Kjo kërkon ëe individët të ruajnë një ekuilibër të vazhdueshëm duke u adaptuar me mjedisin. Personi përkujdesës e ndihmon klientin të modifikojë dhe të njohë sjelljet e rrezikshme sepse duke evituar këto sjellje mund të arrihet një nivel i lartë mirëqënie, duke theksuar përkrahjen e shëndetit dhe parandalimin e sëmundjes. Niveli i lartë i mirëqënies është një proces dinamik dhe jo një gjendje passive dhe statike.

4. Modeli i faktorëve të mjedisit

Niveli i shëndetit ose i sëmundjes së një individi/ grup individësh varet nga lidhja dinamike e agjentëve mjedisor, faktorëve të jashtëm ose të brendshëm.

Agjentët mund të jene biologjik, kimik, fizik ose psikosocial. Shumica e faktorëve janë situata fizike, ose psikosociale, ose kushte të cilat i vendosin njerëzit në rrezik ndaj sëmundjes. Mjedisi përfshin faktorët e jashtëm të cilët e bëjnë sëmundjen më pak ose më shumë të mundshme. Modeli i agjentëve të shumtë mjedisor thekson se sëmundja dhe shëndeti varen nga bashkëveprimi i shumë faktorëve. Ky model propozon se ruajtja e shëndetit dhe dëmtimi i tij varen nga bashkëveprimi ndërmjet individëve dhe mjedisit.

Influencat e ndryshme në shëndet dhe praktikën shëndetësorë

Modeli i ruajtjes së shëndetit ka si qëllim të ruajë nivelin e mirëqënies së klientit. Ai identifikon faktorët të cilët rrisin ose ulin aktivitetet mbrojtëse të shëndetit. Personi përkujdesës duhet të njohë faktorët e ndryshëm që ndikojnë në shëndetin e klientit duke ndikuar në mendimet dhe veprimet e tij. Këta faktorë janë :

1. Faktorët e brëndshëm

- a) Stadi e zhvillimit të një personi. Të menduarit e një personi dhe sjelljet e tij ndryshojnë gjatë jetës. Personi përkujdesës duhet të marrë në konsideratë nivelin e rritjes dhe të zhvillimit kur përdor besimin shëndetësor dhe praktikën e tij për të planifikuar përkujdesjen.
- b) Biografia intelektuale. Njohuritë rreth funksionimit të trupit, rreth sëmundshmërisë si dhe formimi intelektual dhe eksperiencat e shkuara ndikojnë në atë se si klienti mendon rreth shëndetit dhe sëmundjes. Infermierja harton planin e kujdesjeve shëndetësore rreth pacientit duke vlerësuar sfondin intelektual të tij.
- c) Perceptimi i funksioneve. Mënyra se si njerëzit përcaktojnë funksionin e tyre fizik ndikon në shëndet dhe praktikën shëndetësore. Kur personi përkujdesës vlerëson nivelin e shëndetit

të një klienti ajo mbledh të dhëna subjektive rreth mënyrës se si klienti percepton funksionin fizik (psh. Nivelin e lodhjes) dhe siguron të dhëna objektive rreth funksionit aktual (psh. tensioni arterial) për të planifikuar një ndërhyrje të sukseshme.

- d) Faktorët emocional dhe shpirtëror. Shkalla e qetësisë dhe e stresit të një klienti mund të influencojnë në shëndet dhe praktikën shëndetësore. Besimi shpirtëror është një faktor tjetër që influencën. Personi përkujdesës duhet të kuptojë gjendjen emocionale të pacientit dhe të njohë vlerat shpirtërore të tij dhe ti përfshijë ato në planin e kujdesit shëndetësor.

2. Faktorët e jashtëm

Faktorët e jashtëm influencojnë në shëndet dhe praktikën shëndetësore të një pacienti. Në faktorët e jashtëm bëjnë pjesë :

- a) Praktikën familjare. Mënyra se si familjet e klientëve përdorin shërbimin e kujdesit shëndetësor ndikon në praktikën e tyre shëndetësore. Përceptimi që ata kanë rreth sëmundjes dhe historitë e kujdesit parandalues influencojnë në mënyrën se si klienti mendon rreth shëndetit.
- b) Faktorët social-ekonomik. Lidhjet sociale, niveli ekonomik dhe psikosocial influencojnë në mënyrën se si klienti reagon ndaj sëmundjes. Faktorët social-ekonomik ndikojnë se si sistemi i kujdesit shëndetësor siguron kujdesin shëndetësor dhe mënyrën se si klienti hyn në këtë sistem dhe pranon trajtimin mjekësor.
- c) Biografia kulturore influencën besimin, vlerat dhe zakonet. Ky faktor ndikon në afrimin e sistemit shëndetësor, praktikave shëndetësore si dhe në lidhjen infermiere-klient.

Parimet e ruajtjes së shëndetit

Në parimet e ruajtjes së shëndetit bëjnë pjesë :

1. Ushqyerja. Është një komponent tepër i rëndësishëm për ruajtjen e shëndetit e cila ka pasur më shumë vëmendje sidomos kohët e fundit. Ka shumë artikuj, libra dhe gazeta të cilat rekomandojnë disa dieta speciale si ushqimet natyrale dhe rrezikun nga substanca si sheqeri, kripa, kolesteroli dhe ushqimet në sasi të mëdha. Një ushqim i mirë është një faktor tepër i rëndësishëm që ndikon në një shëndet të mirë dhe jetëgjatësi të individit. Një dietë me ushqim natyral ruan shëndetin dhe zvogëlon marrjen e sheqerit, kripës, alkolit, kofeinës dhe ushqimeve të tepruara.
2. Ushtrimet. Një program i rregullt ushtrimesh mund të mbrojë shëndetin duke përmirësuar qarkullimin e gjakut, funksionimin e mushkërive, uljen e kolesterolit, mbron trupin nga mbipesha me harxhimin e kalorive të tepërta, vonon ndryshimet degjenerative si osteoporozën, përmirëson përkulshmërinë dhe qëndrueshmërinë e të gjithë muskujve të fortë etj. Ushtrimet mund të jenë të dëmshme nëse ato nuk fillojnë gradualisht, duke u shtuar në mënyrë progresive. Një program ushtrimesh duhet të ketë një specifikë të caktuar për individin në bazë të moshës dhe gjendjes fizike, duke marrë parasysh faktorët riskues kardiovaskularë. Një program ushtrimesh ka një ndikim pozitiv në kapacitetin e individit, në pamjen e jashtme dhe në shëndetin e përgjithshëm.
3. Mos përdorimi i duhanit dhe drogës. Vetëpërgjegjësia është çelësi i suksesit të ruajtjes së shëndetit. Vetëpërgjegjësia për mbrojtjen e shëndetit është individuale dhe e varur nga dëshira e

personit dhe motivimi i brëndshëm i tij. Droga dhe duhani kanë sjellë probleme të mëdha sociale dhe shëndetësore në popullatë. Janë ngritur shumë klinika dhe janë hartuar shumë programe sensibilizimi për mospërdorimin e drogës dhe duhanit. Kjo ka qëllim të ndihmojë klientët për të ndryshuar mënyrën e jetesës dhe për të përmirësuar shëndetin e tyre.

4. Përgjegjësia ndaj seksit dhe reduktimi i stresit. Mirëqënia seksuale ndihmon individët për të qënë të shëndetshëm dhe për të drejtuar më mirë jetën e tyre. Reduktimi i stresit sot është bërë një nga aspektet më të rëndësishme për ruajtjen e shëndetit, për këtë arsye në programet e ruajtjes së shëndetit janë futur teknika të tilla si relaksim, ushtrime dhe modifikimi i situatave stresante.

Tema 2. Sëmundja dhe stadet e saj

Sëmundja nuk është thjesht prania e një procesi patologjik. Sëmundja është një gjendje në të cilën funksioni fizik, emocional, social, intelektual, zhvillues dhe shpirtëror i një personi është dëmtuar ose është ulur në krahasim me eksperiencat e mëparshme.

Njerëzit e sëmurë sillen në mënyrë të tillë që sociologët mjekësor e quajnë sjellje sëmundshmërie. Ajo përfshin mënyrën se si njerëzit monitorojnë trupin e tyre, përcaktojnë dhe interpretojnë simptomat e tyre, marrin veprime rregulluese dhe përdorin sistemin e kujdesit shëndetësor.

Faktorët që influencojnë në sjelljet e sëmundshmërisë

Për të kuptuar sjelljen e klientit dhe për të planifikuar kujdesin individual personi perkujdesës duhet të kuptojë rëndësinë e faktorëve që ndikojnë në sjelljen e sëmundshmërisë. Këta faktorë mund të jenë :

1. Faktorët e brendshëm përfshijne :

- a) Perceptimin ndaj sëmundjes
- b) Natyrën e sëmundjes
- c) Shtrirjen e simptomave

2. Faktorët e jashtëm

- a) **Dukshmëria e simptomave** mund të ndikojë në imazhin e trupit dhe sjelljet e sëmundshmërisë. Një pacient me simptoma të dukshme mund të kërkojë asistencë mjekësore më shpejt se një pacient me simptoma të padukshme.
- b) **Shoqëria** në të cilën punojnë dhe jetojnë klientët mund ti ndihmojë ata në njohjen e rrezikut të një sëmundjeje ose të mbështesin mohimin e potencialit të sëmundjes.
- c) **E shkuara kulturore dhe etnike** i mëson personit të jetë i shëndetshëm, të njohë sëmundjen dhe ta pranojë atë. Efektet e sëmundjes dhe interpretimi i tyre ndryshojnë sipas rrethit kulturor.
- d) **Faktorët ekonomik** influencojnë në mënyrën se si pacienti reagon ndaj sëmundjes. Për arsye të detyrimeve ekonomike një klient mund të shtyjë trajtimin dhe në shumë raste mund të vazhdojë aktivitetet normale ditore.
- e) **Mbështetja sociale** është e lidhur me praktikatat parandaluese si përdorimi i rripit të sigurimit, ushtrimet, ushqyerja, ndalimi i duhamit si dhe publiciteti.

Këta faktorë të brëndshëm dhe të jashtëm mund të bashkëveprojnë në mënyra të ndryshme për të influencuar në sjelljet e sëmundshmërisë. Mënyrat e bashkëveprimit po I rëndisim më poshtë :

- Dukshmëria dhe njohja e simptomave të sëmundjes
- Shtrirja e shenjave nga e cila personi percepton seriozitetin e simptomave
- Informacioni , njohuritë, kultura dhe perceptimi I sëmundjes lidhur me njohjen e simptomave
- Ulja ose humbja e funksioneve që e bëjnë klientin të ndërpres aktivitetet sociale, familjare.
- Frekuenca e shfaqjes së simptomave
- Neglizhimi i nevojave bazë të klientit si pasojë e sëmundjes

Stadet e sëmundjes

Pacientët zakonisht kalojnë nëpër 5 stade të sëmundjes. Personi përkujdesës i ndihmon pacientët të përballojnë stadet e sëmundjes. Njohja e këtyre stadeve ndihmon personin përkujdesës në vlerësimin e sjelljeve të klientit dhe zhvillon ndërhyrjet për të siguruar funksionin optimal në të gjitha dimensionet.

1. Stadi i parë (përjetimi i simptomave). Në këtë fazë pacienti është I vetëdijshëm se dicka nuk po shkon mirë, ai kupton një kufizim në funksion por nuk dyshon për një diagnose specifike. Pasi kupton praninë e simptomave pacienti mund të sillet në mënyra të ndryshme (mund të mos e pranojë ekzistencën e tyre, mund të vetëmjekohet nëse simptomat janë të lehta). Nëse simptomat janë të ashpra pacienti kërkon shërbim shëndetësor.
2. Stadi i dytë (pranimi i rolit të sëmurë). Nëse simptomat vazhdojnë dhe bëhen më të ashpra pacienti pranon sëmundjen. Pranimi i sëmundjes rezulton me ndryshime emocionale. Ato mund të jenë të thjeshta ose komplekse në varësi të ashpërsisë së sëmundjes, shkallës së paaftësisë dhe parashikimit të kohëzgjatjes së sëmundjes.
3. Stadi i tretë (kontakti me kujdesin shëndetësor). Nëse simptomat janë të qëndrueshme edhe pas vazhdimit të kurës, sëmundja bëhet e ashpër dhe kërkon ndërhyrje urgjente. Pacienti është i motivuar për të kërkuar ndërhyrje nga profesionistët e shëndetit. Ashpërsia e simptomave të sëmundjes varet nga koha e kontaktimit të pacientit me profesionistët e shëndetit.
4. Stadi i katërt (roli i varur i pacientit). Në këtë stad pacienti varet nga profesionistët e kujdesit shëndetësor. Pacienti pranon kujdesin dhe mbrojtjen për të cilën ai ka nevojë. Pacientët duhet të përshtaten me ndryshimet e programit ditor të cilat ndikojnë më shumë në rolin social të tij.
5. Stadi i pestë (shërimi dhe rehabilitimi). Shërbimi dhe rehabilitimi mund të vijë papritur. Nëse shërimi nuk vjen menjëhere atëhere mund të kërkohet kujdes afatgjatë përpara se pacienti të jetë I aftë të rifitojë një nivel optimal funksionesh. Në sëmundjet kronike faza e fundit mund të përfshijë përshtatjen e pacientit ndaj një reduktimi të zgjatur të shëndetit dhe të funksioneve.

Jo të gjithë pacientët gjatë periudhës së sëmundjes I kalojnë të gjitha stadet. Ato mund të kalojnë nëpër këto stade jo me të njëjtën shpejtësi ose me të njëjtën mënyrë.

Ndikimi i sëmundjes mbi familjen dhe pacientin

Pacienti dhe familja mund të përballen me ndryshimet që vijnë si rezultat i sëmundjes dhe trajtimit të saj. Cdo pacient përgjigjet në mënyrë individuale ndaj sëmundjes dhe plani

infirmieror duhet të hartohet në përshtatje me nevojat dhe problemet e secilit. Pacienti dhe familja e përjetojnë ndryshimet në sjellje dhe emocione, në dinamikën dhe rolin në familje, në imazhin e trupit dhe në vetkonceptimin. Mjedisi, sjelljet personale dhe faktorët psikosocial bashkëveprojnë në sëmundje dhe në shëndet.

Ndikimi i sëmundjes në sjellje dhe emocione

Njerëzit reagojnë në mënyra të ndryshme ndaj sëmundjes ose trajtimit të sëmundjes dhe gjithcka është në varësi të sëmundjes, mundësive të klientit, reaksionit të të tjerëve ndaj saj dhe ndryshimit të sjelljeve të sëmundshmërisë. Sëmundjet që zgjasin për një kohë të shkurtër ose ato të lehta evokojnë pak ndryshime në sjellje dhe në jetën e pacientit dhe familjes. Sëmundjet e rënda mund të cojnë në më shumë ndryshime në sjellje dhe gjendjen emocionale si : ankth, shok, refuzim, inat dhe mbyllje në vetvete.

- Ankthi është një ndjenje frike, shqetësimi, axhitimi, pasigurie që shfaqet në rastet e sëmundshmërisë. Përgjigjia ndaj ankthit ndryshon nga një klient në një tjetër, nga një familje në një tjetër dhe nga një stad I sëmundjes në një tjetër.
- Shoku është një gjendje emocionale e fuqishme e cila mund të ndodhë kur pacienti merr përgjigjen e një diagnoze të vështirë. Për disa kjo gjendje mund të jetë një mekanizëm adaptive.
- Refuzimi është një kundërshtim I fakteve. Refuzimi për një kohë të shkurtër sido që të jetë është një mënyrë efektive për tu përshtatur me sëmundjen.
- Mbyllja në vetvete është një refuzim për të bashkëvepruar me të tjerët. Është simptomë depresioni dhe mund të vijë si efekt i sëmundjes ose i diagnoses.

Ndikimi i sëmundjes në rolin familjar

Kur shfaqet një sëmundje roli I familjes dhe i pacientit mund të ndryshojnë. Këto ndryshime mund të jenë të pakta dhe për një kohë të shkurtër ose të mëdha dhe për një kohë të gjatë. Pacienti dhe familja shpesh kërkojnë konsultë për tu përshtatur me këto ndryshime.

Ndikimi i sëmundjes mbi imazhin e trupit

Disa sëmundje rezultojnë me ndryshime në pamjen fizike. Familja dhe pacienti reagojnë në mënyra të ndryshme ndaj këtyre ndryshimeve. Këto reaksione varen nga tipi i ndryshimit dhe aftësia e pjesëtarëve të familjes për tu përshtatur me ndryshimet.

Ndikimi i sëmundjes në vetkonceptim

Ndikimi i sëmundjes mbi vetkonceptimin e pacientit dhe pjesëtarëve të familjes mund të jetë më pak i observueshëm se ndryshimi i rolit. Pacienti i cili ndryshon vetkonceptimin për shkak të sëmundjes mund të cojë në krijimin e tensionit ose konfliktit në familje.

Ndikimi i sëmundjes në dinamikën e familjes

Dinamika e familjes është procesi me anë të të cilit ajo funksionon, merr vendimet, mbështet pjesëtarët e saj dhe përshtatet me ndryshimet. Për shkak të efektit të sëmundjes, dinamika e sëmundjes shpesh ndryshon.

Tema 3. Historiku i përkuqjesjes social-shëndetësore



Historiku i infermieristikës botërore dhe evolucioni i saj

Është e vështirë që në vite gjatë procesit të evolucionit të infermierisë të ndash infermieristikën nga mjekësia. Disa individë besojnë se infermieria fillon me Florence Nightingale, por në fakt infermieria është e vjetër sa dhe vet mjekësia. Në disa periudha si koha e Hipokratit, mjekësia funksiononte pa infermierinë, kurse në një periudhë tjetër si p.sh në mesjetë infermieria praktikohet pa mjekësinë. Davidson identifikoi 4 periudha kryesore të mjekësisë që ishin : primitive, rilindjes, farmacia dhe moderne ku infermieria përngjasonte me këto 3 faza pa farmacinë. Davidson besonte se infermieria meritonte njohje.

Infermieristika konsiderohet si arti më i vjetër dhe si profesioni më i ri. Origjina e infermierisë vjen nga kujdesi që një nënë i jep fëmijës së saj të porsalindur dhe kjo lloj mënyre kujdesi ka ndryshuar që nga kohët më të hershme.

Fjala infermiere vjen nga fjala Latine „nutrix“ që do të thotë kujdestare-nënë. Zakonisht kjo I referohet një gruaje që ushqente me gji një fëmijë që nuk ishte i saj. Ky term u përdor për herë të parë në shekullin e 13-të dhe deri në ditët e sotme u transformua në “ nurse” që do të thotë infermiere. Origjina e infermierës si nënë perceptoi idenë se profesioni infermieror mund të bëhet vetëm nga gratë. Gratë për arsye të instiktit amnor konsideroheshin infermiere të lindura. Sot në infermieri nuk ka kufinj të shtrirjes së profesionit për sa I përket seksit.

Infermieria në Komunitetin e hershëm

Në historinë e hershme infermieria dallohet si pjesë e servisit komunitar. Roli I infermierës në këtë komunitet ishte ruajtja dhe mbrojtja e fisit dhe anëtarëve të tij. Me civilizimin e shoqërisë problem të tilla si varfëria, parandalimi i sëmundjeve dhe ndonjë problem tjetër I dimensionin social punës së infermierës. Pra dikur punonjësi social dhe infermieri kanë qënë një profesion I vetëm, por me civilizimin e shoqërisë këto u panë si dy profesione të ndryshme ku secili prej tyre kishte rolin e tij specifik.

Kristianizmi

Evidencat e para të zhvillimit të infermieristikës shikohen në periudhën e kristianizmit. Hyrja e grave në infermieristikë pas vitit 300 ndikohet së paku nga 3 faktorë :

- a) Përmirësimi i pozicionit social të gruas

- b) Mësimet kristiane të barazisë së burrit dhe gruas para zotit
- c) Thirrjes kristiane për të vazhduar punën e zotit në emër të të gjithë të vuajturve

Gratë më të vjetra infermiere në këtë periudhë ishin Deaconesses dhe Eëidoës (vejushat) të cilat përmenden rrallë në kishat Romane.

Më shpesh përmendet roli I disa vejushave që iniciuan bamirësi dhe punën infermiere. Tri nga këto ishin Marcela, Fabiola dhe Paula. Paula ishte një nga gratë më të ditura të kësaj periudhe. Ajo për 20 vjet rresht inicioi dhe menaxhoi institucionet e bamirësisë. Mendohet se Paula ishte e para që trajnoi infermieret në mënyrë sistematike duke thënë që “ infermiera ishte më shumë një art se sa një shëbim për të varfërit.

Zhvillimi i infermieristikës ne Greqi, Romë, Kinë, Egjipt dhe në Indinë e Lashtë

1. Në Greqinë e lashtë ekzistojnë pak dokumenta për zhvillimin e infermieristikës. Mendohet se infermierët ishin ato që kujdeseshin për fëmijët. Hipokrati i cili është njohur si babai i mjekësisë ka lënë shumë pak referenca për infermierinë. Mendohet se punën e infermieres në Greqi e bënë burrat pasi gratë shërbenin në shtëpi.
2. Në Romë ishte shumë e avancuar mjekësia ushtarake. Ndihej e parë u jepej ushtarëve në fushëm e betejës. Puna e infermieres realizohej kryesisht nga gratë e vjetra si dhe skllavet që shërbenin si infermiere.
3. Në Egjiptin e lashtë për të kontrolluar mendjen dhe imagjinatën e njerëzve praktikohesh hypnotizimi. Nuk dihet kush e filloj trajtimin mjekësor të pacientëve, priftërinjtë magjistar apo priftërinjtë mjek por e sigurtë është që të dy merreshion me trajtimin e të sëmurëve në mënyra të ndryshme.
4. Në Indi ishte formuar nje skuadër kujdesi që kishte në përbërjen e tij mjek, infermier, medikamentet dhe pacientin. Në shumicën e rasteve infermierët ishin meshkuj dhe në raste të rralla ishin gra të moshuara.
5. Në kinë familja ishte njësi bazë e shoqërisë dhe qeveria shqetësohej më shumë për grupet sociale sesa për individët. Njerëzit kur sëmureshin në kinën e lashtë shkonin në tempuj dhe luteshin për shërim.

Mesjeta e hershme

Në këtë periudhë kujdesi për të sëmurët ishte detyrë kryesore e jetës në komunitet. Manastiret funksiononin si spitale.

Infermieristika në tranzicion

Revolucionet e paevitueshme ekonomike, industriale, intelektuale, politike dhe fetare, ndikuan në aspektet e jetës duke përfshirë: menaxhimin e spitaleve, trajtimin e të sëmurëve dhe statusin infermior. Këto reforma ndikuan edhe në infermieristikë e cila pati një kthim pas. Në shekullin e XVI u rihap aktiviteti brenda kishave dhe urdhëra të ndryshme fetare ju kushtuan infermieristikës.“ Urdhëri infermior i të dërguarve të zotit për të sëmurët „ I krijuar nga Camillus ishte urdhëri më I shquar I infermierisë. Ky urdhër ishte i njohur për ndihmën që jepte për të lehtësuar vuajtjet tek qëniet humane.

Lindja e Infermieristikës Moderne

Krijini i „ Institutit Deaconess“ në Gjermani nga Pastor Theodor Fliedman në vitin 1836 luajti një rol të rëndësishëm në rimëkëmbjen e infermieristikës. Sipas këtij urdhëri gratë siguronin shërbime sociale dhe kujdeseshin për të sëmurët. Ky institut ishte një shkallë moderne që do të shërbente për hedhjen e bazave dhe rimëkëmbjen e infermieristikës. Sipas programit të institutit infermierët duhej të zbatonin urdhërat e mjekut me përpikmëri dhe vetëm mjeku në cdo rast ishte përgjegjës për cdo problem. Në këtë institut u hodhën bazat e një sistemi të ri infermieror, ku më pas ishte Florence Nightingale që reformoi në mënyrë drastike kujdesin për të sëmurët.

Revolucioni Nightingale

Florence Nightingale është një individ i padiskutueshëm në historinë infermirore. Ajo është identifikuar dhe quajtur si pionerja dhe themeluesja e infermieristikës modern, si dhe një reformatore e spitaleve. Ndihma e saj në reformimin e kujdesit shëndetësor ushtarak në Britani dhe zhvillimi i programeve solide infermirore me standarte profesionale janë në krye të arritjeve të saj. Florence Nightingale për pjesën më të madhe të njerëzve portretizohet si një shenjtoje, ndërsa nga shumë të tjerë thuhet se ajo ka patur shumë gabime në punën dhe arritjet e saj. Por sido të jetë e vërteta në lidhje me anën profesionale të saj, nuk mund t'i hiqet e drejta për shumë arritje, pasi ajo dha një ndihmë dhe një punë shumë të madhe në zhvillimin e infermieristikës.

Florence Nightingale lindi në 12 Maj 1820 në Firence të Italisë nga prindër anglezë. Ajo u rrit në Angli se bashku me motrën e saj të madhe. Ajo pati një edukim të gjërë në filozofi, histori, politikë, ekonomi dhe në bindjet fetare. Dëshira e saj për të patur liri dhe pavarësi, si dhe për të bërë një karrierë në infermieri ishte shumë e madhe. Ajo është emëruar si mbikqyrësja e themelimit të infermieristikës së spitaleve të përgjithshme angleze.

Përparimi i infermieristikës në Shekullin e XX

Përparimi i infermieristikës në shekullin XX çoi në krijimin e shumë spitaleve dhe në përgatitjen e një numri të madh infermieresh për plotësimin e nevojave infermirore. Organizatat, agjensitë, infermierët, komunitetet dhe spitalet filluan të bënin kërkime dhe studime mbi infermierët dhe infermieristikën. Në këtë kohë u hodhën ideja që edukimi dhe shkollimi infermieror duhej realizuar në kolegje dhe universitete të cilat nuk duhej të vareshin nga spitalet. Libri i parë infermieror u botua në vitin 1927. Patricia Benner në vitin 1984 bëri një skemë të kualifikimit të studentëve infermirore. Sipas kësaj skeme një student duhet të kalonte në 5 nivele që në fund të ishte i specializuar në profesionin infermieror :

1. Faza fillestare. Në këtë fazë student infermieror do të njihet me gjërat kryesore të profesionit infermieror.
2. Faza e avancimit. Në këtë fazë student do të marrë njohuritë kryesore që do të demonstrojë pak e nga pak.
3. Faza kompetente. Në këtë fazë student fiton aftësitë dhe kompetencat e tij në profesionin infermieror dhe është i aftë të veprojë.
4. Faza e kualifikimit. Në këtë fazë studentët quhen infermierë të kualifikuar dhe janë në gjendje të menaxhojnë situatën.
5. Faza e 5-të është faza ku infermierja është një eksperte në profesionin e saj. Ajo është në gjendje të njohë problemet dhe për të vepruar, për të realizuar një kujdes sa më të mirë për të sëmurët.

Historiku i infermieristikës shqiptare

Ekzistojnë dokumenta të pakta rreth zhvillimit të infermieristikës Shqiptare para vitit 1910. Shumica e infermierëve në atë kohë ishin të specializuara jashtë shtetit dhe ushtronin profesionin e tyre në mënyrë individuale, kryesisht në kushte shtëpie. Kujdesi në këtë periudhë realizohej në kisha dhe manastire. Në vitin 1931 gjejmë faktet e para rreth zhvillimit të infermieristikës Shqiptare. Në këto dokumenta jepeshin të dhëna mbi edukimin, shkollimin dhe zhvillimin e profesionit infermieror. Një ndihmë të madhe në zhvillimin e infermieristikës Shqiptare dha dhe K.K.SH (Kryqi I Kuq Shqiptar) që u krijua me 30.Dhjetor 1921 dhe drejtohej nga mbreti Zog dhe motra e tij Sanie Zogu.

Zhvillimi i infermieristikës pas luftës

Pas luftës shohim një përmirësim dhe zhvillim të infermieristikës. Në Berat u përpunua programi teorik dhe praktik I kurseve infermiore. Për të plotësuar nevojat e vendit me infermierë në vitin 1946 u hap shkolla e infermierëve në Tiranë. Infermierët e diplomuara punonin si infermiere dhe kujdeseshin për të sëmurët në të gjithë vendin. Teknikumi i parë mjekësor u hap në Tiranë në vitin 1948. Studentët që mbaronin studimet në këtë shkollë punonin si ndihmësmjekë.

Zhvillimi i infermieristikës në demokraci

Pas vendosjes së demokracisë infermieristika do të hedhë hapat e para të zhvillimit të një fryme dhe epoke të re. Në këtë periudhë do të kemi organizimin e infermierëve në organizatat e tyre. Kështu u krijua Shoqata Kombëtare e Infermierëve dhe Mamive Shqiptare (SH.K.I.M.SH) e cila sollti një lëvizjedrejt zhvillimit ne infermieristikën Shqiptare. Infermirët filluan të bashkëpunojnë ndërmjet tyre me anë të konferencave, seminareve, ëorkshopeve të cilat kishin si qëllim ecjen sa më para të infermieristikës në vendin tonë. Në vitin 2004 Shkolla e Lartë e Infermierisë mori emrin Fakulteti i Infermierisë. Ky fakultet është në nivelet e të gjithë fakulteteve të Shqipërisë dhe stafi që punon në këtë fakultet është I gjithi me arsim të lartë. Krijimi i ndryshimeve në fushën e infermieristikës është një arritje shumë e madhe në zhvillimin e Infermieristikës Shqiptare dhe në ndryshimin e mentalitetit mjekësor dhe atij publik në lidhje me aftësitë dhe potencialin infermieror.

Tema 4. Qellimet e përkujdesjes social-shëndetësore

Stafi infermieror



Roli i infermierëve në stafin infermieror është shumë i rëndësishëm. Pjesa më e madhe e infermierëve punojnë në staf duke I dhënë kujdes direkt pacientirt në spital, shtëpi apo qendra të

tjera shëndetësore. Stafii infermieror siguron kujdes, merr vendime, mbrojnë klientin, ndikojnë në edukimin dhe komunikimin e klientit. Infermierët vlerësojnë klientin dhe familjen e tij, përcaktojnë diagnozën infermiore, përpilojnë një plan kujdesi dhe vlerësojnë arritjet e kujdesit. Stafii infermieror përdor aftësitë menaxhuese për të integruar planin e kujdesit infermieror me planin e terapisë që vendoset nga mjekët dhe aftësitë si lidërsip për të koordinuar kujdesin për klientin. Modelet më popullore të kujdesit janë :

1. Skuadra infermiore. Anëtarët e një skuadre përfshijnë infermierët me kualifikime dhe eksperiencë të ndryshme. Lideri i skuadrës është një menaxher që menaxhon skuadrën me anë të procesit të menaxhimit. Disa nga avantazhet e punës në skuadër përfshijnë diskutimin në grup dhe marrjen e vendimeve rreth planit të kujdesit infermieror për çdo klient.
2. Infermierja parësore. Kjo infermiere merr përgjegjësitë për hartimin e planit 24 orësh të kujdesit dhe për integrimin e këtij plani me planin terapeutik. Infermierja parësore pranon përgjegjësinë e plotë për cilësinë e kujdesit infermieror ndaj klientit. Ajo përdor aftësitë e saj menaxhuese në planifikimin dhe koordinimin e kujdesit. Gjithashtu siguron rritjen e cilësisë dhe sasisë së kujdesit infermieror ndaj klientit.
3. Kujdesi menaxhues. Në disa agjensi infermierët menaxhues përfshihen në kujdesin menaxhues. Me këtë model infermierja primare përcakton rrugën që do të ndjekë për të themeluar dhe monitoruar shtrirjen e kujdesit gjatë qëndrimit në spital të klientit. Shpesh në spital skuadrat infermiore dhe mjekët zhvillojnë së bashku një plan kujdesi i cili përfshihet në kohën e caktuar.

Infermieret si specialiste klinike

Infermieret specialiste klinike janë infermiere të regjistruara të cilat kanë gradë masteri dhe përgatitje të përparuar në një specialitet (kardiovaskular, shkencat neurologjike, psikosocial ose rehabilitim). Infermieret specialiste sigurojnë kujdes direkt për klientin, konsultohen me stafin infermieror, ofrojnë edukim të pavarur për infermierët në specialitetin e tyre, vlerësojnë objektivat e kujdesit infermieror, zhvillojnë praktika të reja infermiore për të mbështetur teknologjitë ose terapitë e reja.

Infermieret praktikionere

Janë infermiere të regjistruara me gradë të avancuar dhe përgatitje në vlerësimin e shëndetit në specialitete të ndryshme si pediatri, geriatri, shëndetin e gruas ose të të rriturve. Këto infermiere kanë certifikata ose licenca të përparuara për të praktikuar në një specialitet të caktuar.

Infermieret mami dhe infermieret anesteziste

Infermieret mami dhe infermieret anesteziste janë një avancim tjetër në profesionin infermieror. Një infermiere mami është një infermiere e regjistruar me edukim të përparuar dhe diplomë në kujdesin për gruan shtatzënë para, gjatë dhe pas lindjes. Infermierja anesteziste administron anestezinë tek një klient që do të operohet nën mbikqyrjen e mjekut anestezist.

Rolet dhe përgjegjësitë infermiore

Historikisht detyra e vetme e infermieres ishte siguri i komfortit dhe i kujdesit për të sëmurët. Zhvillimi i teknologjisë, njohurive, përkrahjes së shëndetit, parandalimit të sëmundjeve ka bërë që të shtrihen rolet dhe funksionet infermiore. Infermiera profesioniste është autonome dhe pranon përgjegjësitë për dhënien e kujdesit, marrjen e vendimeve, mbrojtjen e klientit,

menaxhimin dhe kordinimin e kujdesjeve infermierore, si dhe në procesin e edukimit dhe komunikimit.

Infermierja si dhënëse e kujdesit

Infermierja si dhënëse e kujdesit pranon përgjegjësitë për të ndihmuar klientët në përkrahjen, ruajtjen dhe mbrojtjen e shëndetit dhe mirëqënies. Klienti shihet si unik dhe në procesin e kujdesit ai konsiderohet si një i tërë. Gjatë dhënies së kujdesit nuk merren në konsideratë vetëm problemet fiziologjike të klientit por gjithashtu edhe nevojat e tyre shpirtërore, emocionale dhe sociale.

Infermierja si vendim marrëse

Infermierja vazhdimisht identifikon mungesat ose vështirësitë në përkrahjes, rikthimin dhe mbrojtjen e shëndetit. Zgjidhja e problemeve kërkon aftësi për të marrë gjykime dhe vendime të shëndosha. Infermierja duhet të zgjedhë kujdesin më të mirë për klientin, të ndihmojë klientin të marrë pjesë në procesin e marrjes së vendimeve dhe të përdorë një gjykim efektiv dhe të sigurtë kur sigurohet kujdesi për klientin. Infermierja gjithashtu është përgjegjëse për përfshirjen e anëtarëve të tjerë të kujdesit shëndetësor dhe familjes së klientit në procesin e marrjes së vendimeve, për tu siguruar se është bërë një zgjedhje e përshtatshme.

Infermierja si avokate e klientit

Një nga funksionet më të rëndësishme të infermieres është të mbrojë pacientin . i fermierja merr rol si avokate e pacientit në shumë situata. Shembujt përfshijnë komunikimin e nevojave dhe shqetësimeve të pacientit dhe sigurimin që pacientët e kuptuan trajtimin e tyre. Infermierët duhet të përkrahin një mjedis të sigurtë që lehtëson dhe rikthen shëndetin.

Infermierja si menaxhuese dhe kordinuese

Përkrahja, rikthimi dhe mbrojtja e shëndetit përfshijnë kordinimin e shërbimeve të ofruara nga profesionistë të ndryshëm të kujdesit shëndetësor. Për të menaxhuar kohën që ka në dispozicion infermierja duhet të koordinojë të gjitha aktivitetet ose trajtimet që i adresohen klientit. Qëllimi i rolit menaxhues dhe koordinues është që klienti të marrë një kujdes efektiv dhe në mënyre sa më përfituese.

Infermierja si konunikuese

Në qendër të të gjitha roleve është roli i infermieres si komunikuese. Infermierët kohën më të madhe të tyre e harxhojnë me klientët dhe për këtë arsye ato kanë një mundësi më të madhe për të observuar, komunikuar dhe identifikuar problemet ose për të bërë përmirësime në planin e kujdesit. Cilësia e komunikimit është një faktor kritik në plotësimin e nevojave të kujdesit për klientët. Infermierja duhet të ketë njohuri në artikullimin e shprehjeve dhe të jetë koncize dhe e kuptueshme në të shkruar.

Infermierja si edukuese

Përkrahja e shëndetit dhe parandalimi i sëmundjeve kanë qënë një shqetësim gjithnjë në rritje dhe në qendër të kujdesit shëndetësor. Edukimi i klientëve rreth procesit të sëmundjes, parandalimit, faktorëve ushqimor dhe mënyrës së shëndetshme të të jetuarit është esenciale. Infermierja duhet të shpjegojë trajtimet dhe procedurat për të cilat ajo është përgjegjëse. Edukimi përfshihet në të gjitha aktivitetet infermierore.

Roli i infermieres në kujdesin për të sëmurin sipas Henderson

Në kujdesin për të sëmurët sipas Henderson përmblihen nevojat themelore të domosdoshme për ekzistencën e qënieve njerëzore, që ka si qëllim ruajtjen e homeostazës biologjike, pra jetën në vetvete. Infermierja ka si detyrë të ndihmojë pacientët e të gjitha moshave për plotësimin e nevojave fiziologjike (nevoja për ujë, ajër, ushqyerje, për eliminim, për pushim, për gjumë, për durimin e dhimbjes, për lëvizje, për ushtrimë dhe për rregullimin e temperaturës. Infermierja me aftësitë e saj duhet të kuptojë sjelljet e të sëmurëve dhe ti mbështesë ata. Pra duhet të krijohet një bashkëpunim midis infermieres dhe të sëmurit që vlerësohet shumë i rëndësishëm në trajtimin e sëmundjes. 14 nevojat bazë sipas V.Henderson janë :

1. Nevoja për oksigjen dhe kujdesjet infermierore. Një person nuk mund të durojë pa oksigjen më shumë se 4-5 min, pasi qëndrimi për një kohë të gjatë pa oksigjen do të conte në dëmtime cerebrale të parikthyeshme. Oksigjenimi i mirë i një individi arrihet me anë të një respiracioni sa më të mirë. Në rast të mungesës së një respiracioni të mirë infermierja duhet të sigurojë praninë e oksigjenit në rradhë të parë, si dhe një qarkullim të mirë të tij në të gjithë indet e organizmit.
2. Nevoja për ujë dhe kujdesjet infermierore. Uji është një përbërës universal që merr pjesë në të gjitha reaksionet kimike në organizem. Një individ mund të qëndrojë pa ujë 3-5 ditë, por a individë që mund të jetojnë pa ujë 8-10 ditë. Kujdesi infermieror konsiston në plotësimin e këtyre nevojave tek pacientët si me anë të tëerapisë me likide ashtu edhe me anë të marrjes së lëngjeve nga goja.
3. Nevoja për ushqyerje dhe kujdesi infermieror. Qëniet njerëzore mund të jetojnë pa ushqim për disa javë. Nëse burimet e jashtme të ushqimeve nuk janë të disponueshme organizmi përdor rezervat e brëndshme. Në fillim shpenzohen rezervat e sheqernave, më pas ato dhjamore dhe në fund shpenzohen rezervat proteinike.
4. Nevoja e eliminimit dhe kujdesi infermieror. Funksionimi i mirë trupor i një individi varet edhe nga eliminimi. Organet përgjegjëse janë zorra e trashe, mushkërite dhe lëkura. P.sh një funksionim i keq i veshkave mund të prishë gjithë funksionin vital.
5. Nevoja për pushim, gjumë dhe kujdesi infermieror. Personat me mungesë të gjumit dhe pushimit paraqesin shtim të lodhjes mendore dhe kujtesa do të zvogëlohet, si rezultat ky person i reziston me vështirësi stresit psikologjik. Infermierja duhet të ndihmojë pacientët të flenë duke praktikuar metodat që ndihmojnë për një gjumë të mirë (pirja e një gote qumësht, bërja e një banje etj).
6. Nevoja e përballimit të dhimbjes dhe kujdesi infermieror. Dhimbja është një nga shenjat më të zakonshme që shoqëron sëmundjen. Shumë aktivitete të infermieres janë të lidhura me këtë shenjë, ndaj edhe infermierja përpiket të sjellë sa më shumë komfort, pushim dhe gjumë tek pacientët.
7. Nevoja për tu veshur, për të pastruar trupin dhe kujdesi infermieror për to. Detyra e infermieres është të ndihmojë të sëmurët të zgjedhin veshjet e tyre, ti ndihmojë ata të vishen dhe të zhvishen, si dhe ti ndihmojë në mbajtjen pastër të higjenës trupore.
8. Nevoja për të ruajtur temperaturën trupore në nivel normal dhe kujdesi infermieror. Infermierja duhet të krijojë kushte për ruajtjen e një temperature normale tek të sëmurët. Temperatura ruhet në kufinj të normal duke përshtatur temperaturën e mjedisit me një veshje

- të përshtatshme për të sëmurët. Këshillohet përdorimi i kompresave të dhe banjove të freskëta ose të ngrohta për të rritur ose për të ulur temperaturën.
9. Nevoja e sigurisë dhe e mbrojtjes dhe kujdesi infermieror. Për të mbrojtur pacientin nga rreziku infermierja duhet të njohë mirë natyrën e sëmundjes dhe komplikacionet e saj. Ajo duhet ti heqë frikën të sëmurëve dhe ti shpjegojë gjithcka rreth sëmundjes. Infermierja gjithashtu ndihmon të sëmurin të mbrohet nga rreziqet e mjedisit si psh. nga zjarri, rrëzimet, substancat helmuese, kafshët, insektet, si dhe mikroorganizmat patogjene në mjedisin përreth.
 10. Nevoja për dashuri dhe ngrohtësi dhe kujdesi infermieror. Pasi realizohen nevojat fiziologjike, psikologjike dhe të sigurisë së pacientit, atëherë shfaqen nevojat e dashurisë dhe të ngrohtësisë. Një i sëmurë ka nevojë për dashurinë dhe ngrohtësinë e familjarëve e shokëve të tij. Vëzhgimi i pacientit është tepër esencial për identifikimin e nevojave të dashurisë dhe përkatësisë. Infermierja e ndihmon të sëmurin që të argëtohet, të bisedojë me të tjerët, të shprehë nevojat e tij dhe të shfaqë ndjenjat e tij shpirtërore.
 11. Nevoja e vetvlerësimit dhe e vlerësimit të të tjerëve, dhe kujdesjet infermiere. Infermierja duhet ti ndihmojë individët e sëmurë për realizimin e nevojave të tyre bazë, që ai të ndihet i vetvlerësuar dhe të vlerësohet nga të tjerët që po bën dicka të dobishme.
 12. Nevoja për të patur standarte të kënaqshme jetese dhe kujdesi infermieror. Kjo nevojë nuk mund të arrihet tek personat që janë në gjendje të varfër ekonomike. Kjo nevojë realizohet tek ata individë të cilët kanë një standart të kënaqshëm jetese.
 13. Nevoja e besimit shpirtëror dhe kujdesi infermieror. Besimi tek Zoti është një element tepër i rëndësishëm që e ndihmon pacientin kronik apo pacientin e sëmurë me sëmundje të pashërueshme që të pranojë sëmundjen dhe të ketë besim tek Zoti. Në shumë raste besimi i fortë fetar i lehtëson punë infermieres. Infermierja duhet ti ndihmojë pacientët të praktikojnë besimin e tyre fetar dhe ti respektojë të gjithë pacientët pa dallim race, shoqërore apo fetare.
 14. Nevoja për informacione dhe kujdesi infermieror. Kjo është një nevojë tepër e domosdoshme për të gjithë të sëmurët kronik. Infermierja duhet ta ndihmojë të sëmurin të marrë të gjithë informacionin e nevojshëm në lidhje me sëmundjen e tij deri në atë pikë që ligji dhe tradita sociale e lejojnë.

Tema 5. Organizimi i përkujdesjes social-shëndetësore

Procesi i kujdesit infermieror

Profesioni infermieror ekziston si rezultat i nevojave shëndetësore të njerëzve. Nevojat shëndetësore janë të ndryshme, po ashtu ndryshon edhe kujdesi shëndetësor në bazë të strukturës sociale, mënyrës së jetësës dhe dhe zhvillimit ekonomiko-teknologjik. Sot shëndeti, konsiderohet si një e drejtë bazë njerëzore, një çështje e kuptimit public, shoqëror dhe politik. Shëndeti është një gjëndje komplekse, fizike, mendore, shpirtërore dhe sociale. Funkcioni më i rëndësishëm i personelit përkujdesës (infermier, ndihmës infermier) është të evidentojë problemet, të ndihmojë pacientin në reduktimin e tyre, si dhe në zgjidhjen përfundimtare të problemeve kryesore, në se është e mundur. Kjo realizohet duke bashkëpunuar në grup me ekipin e kujdesit, profesionet e tjera që kanë lidhje me të, si dhe me vetë klientin me efikasitet. Procesi i kujdesit varet nga

nevojat e pacientit. Sipas nevojave të tij, duke u bazuar në modelin e nevojave njerëzore sipas Masloë dhe Kalish, hartohet plani I kujdesit.

Katër parimet e procesit të kujdesit

1. Të konsiderosh qënien njerëzore si një vlerë esenciale
2. Të kërkesosh të plotësosh nevojat themelore të klientit
3. Të zhvillosh kujdesjet me kompetencë dhe efikasitet
4. Të krijosh dhe të ruash

Etapat e procesit të kujdesit infermieror

1. Mbledhja e të dhënave – takimi me klientin dhe familjen
2. Evidentimi I problemeve – analizimi I të dhënave diagnoza infermierore
3. Planifikimi I kujdesjeve - gjetja e zgjidhjeve
4. Zbatimi – realizimi i ndërhyrjeve infermierore
5. Vlerësimi – verifikimi i efikasitetit të kujdesjeve

Mbledhja e të dhënave

Mbledhja e të dhënave është një mbledhje informacionesh e realizuar pranë klientit ose familjes së tij, që orienton planin e kujdesit. Kjo fazë në vetvete është një procedurë ku përfshihet njohja paraprakisht me klientin, nëpërmjet kartelës së mjekut. Aty personi përkujdesës mëson gjeneralitetet e pacientit, historikun e jetës si dhe diagnozën e mjekut. Në vlerësimin e pacientit, veprimtaria fokusohet në grumbullimin e informacionit rreth pacientit, familjes, komunitetit, me qëllim identifikimin dhe mbledhjen e të dhënave. Faza e vlerësimit të klientit është një bazë e qëndrueshme e cila siguron një kujdes të vazhdueshëm dhe efikas.

Observimi (vëzhgimi) zë një vend të rëndësishëm në fazën e mbledhjes së të dhënave. Ai realizohet me anë të organeve të ndjeshmërisë dhe me aftësinë për të hetuar, duke u mbështetur në njohuritë shumë disiplinore që përbëjnë specifikën e njohurive infermierore. Observimi është fazë që duhet ti kushtohet shumë kohë dhe shumë vëmendje gjatë punës sonë. Duke u bazuar në observimin e parë, ne vendosim ose jo, të kryhen ekzaminime të tjera më komplekse ose gjykojmë për efikasitetin e një trajtimi ose evolucionin e një sëmundje. Observimi na bën të kuptojmë disa fenomene esenciale si dhimbja, frika, ankthi, mungesa e komfortit, të tilla të dhëna që asnjë aparaturë nuk mund ti dallojë. Observimi është baza e të gjitha veprimeve përkujdesëse. P.sh personi përkujdesës mat temperaturën trupore të pacientit sepse ndjen që ai është i nxehtë, sheh fytyrën e skuqur apo të dridhurat. Personi përkujdesës ndihmon pacientin të shtrihet në shtrat sepse ajo vëren lodhje dhe pafuqi tek ai. Të gjitha veprimet e personit përkujdesës janë përmbushja e një procesi kompleks të observimit, më pas analiza dhe interpretimi i tyre.

Në vlerësimin e pacientit personi përkujdesës mbledh :

- Të dhëna subjektive : janë përshkrimi individual i situatës sipas këndvështrimit të pacientit, për ndjenjat, idetë dhe gjëndjen shëndetësore të tij, si dhe e familjarëve dhe e personave të tjerë që interesohen për të.
- Të dhëna objektive : sigurohen me anë të komunikimit, observimit dhe përceptimit duke përdorur shqisat.

- Të dhëna historike : janë një informacion mbi gjendjen shëndetësore të mëparshme personale dhe familjare.
- Të dhëna aktuale : i referohen gjendjes shëndetësore aktuale si ankesa të ndryshme, shenjat vitale, testet diagnostikuese, ekzaminuese etj.

Diagnoza infermierore

Fjala “diagnozë“ vjen nga greqishtja e vjetër , që do të thotë njohuri. Infermierja vendos një diagnozë infermierore mbi problemet që lindin brenda fushës së kompetencave të saj.

Diagnoza infermierore është formulimi i një gjykimi klinik, e mbështetur mbi reaksionet individuale ndaj problemeve të pranishme (aktuale) dhe të pritshme (potenciale) të shëndetit, të një personi, të një familje, ose të një grupi. Diagnoza infermierore shërben si bazë për të zgjedhur ndërhyrjet e kujdesit ndaj sëmundjes dhe rezultateve që priten, për të cilat infermierja është përgjegjëse. Duhet theksuar që diagnoza infermierore :

- Nuk zë vendin e diagnozës së mjekut
- Interesohet mbi të gjitha për reaksionet e pacientit
- I sjell një ide precize mjekut

Etapat e diagnozës infermierore

Diagnoza infermierore përfshin dy etapa :

- Reaksionin e pacientit
- Faktorët kontribues ose shkaku i mundshëm i këtij reaksioni

Nëse një etapë e diagnozës ndryshon, etapa tjetër gjithashtu mund të ndryshojë.

Diagnoza infermierore është e përbërë nga tre elementë :

- Problemi i pacientit : ai mund të jetë real ose potencial
- Etiologjia : është kërkimi i një shkaku të këtij problem
- Shenjat : janë simptoma të dukshme të observueshme

Rruga që duhet ndjekur për përcaktimin e diagnozave infermierore :

- Të nënvizosh të dhënat më të rëndësishme dhe ti gruposh ato
- Të hartosh një listë me problemet që i përkasin fushës së kujdesit infermieror
- Të kërkosh shkaqet e problemeve të shfaqura ose potenciale
- Vendos prioritetin e plotësimit të nevojave
- Formula një ose disa diagnoza infermierore

Identifikimi i objektivave dhe planifikimi

Pasi është kryer vlerësimi, të dhënat janë mbledhur, analizuar dhe vendosur diagnoza infermierore, personi përkujdesës është gati që të fillojë planifikimin e kujdesjeve me pacientin. Infermiera është një disiplinë praktike, e cila përfshin aplikimin e njohurive teorike në situatat aktuale klinike me pacientin. Personi përkujdesës dhe pacienti vendosin qëllime realiste që në procesin infermieror quhen “identifikimi i objektivave“. Më pas planifikohen ndërhyrjet e nevojshme për të plotësuar këto qëllime.

Identifikimi i objektivave

Është formulimi i qëllimeve dhe objektivave të matshme që sigurojnë bazën për vlerësimin e diagnozës infermierore. Qëllimet e identifikimit të objektivave përfshijnë :

- Sigurimin e kujdesit të individualizuar
- Përkrahjen e pjesëmarrjes së pacientit në kujdes
- Planin e kujdesit ; realist dhe të matshëm
- Përfshirjen në kujdes të personave suportivë

Planifikimi

Planifikimi i referohet zhvillimit të strategjisë infermierore për të përmirësuar problemet e klientit. Një plan kujdesi nënkupton zhvillimin direkt të veprimeve infermierore me individin për të cilën u vendosën objektivat dhe qëllimet. Qëllimet e planifikimit janë :

- Aktivitetet direkte të kujdesit
- Përkrahja e vazhdimësisë së kujdesit
- Fokusimi në kërkesat e kartelës
- Lejimi i delegimit të aktiviteteve specifike

Zbatimi i planit të kujdesit dhe vlerësimi i kujdesjeve infermierore

Para se të realizojë kujdesjet e përshkruara për klientin infermierja duhet të dijë :

- 1) “ të adaptohet “. Është fjala të adaptojë kujdesjet e klientit me situatën aktuale. Një kujdes që ishte shumë i vlefshëm dje, mund të mos jetë i vlefshëm sot. Ajo duhet ta kompletojë atë ose ta modifikojë. Për të arritur këtë infermierja duhet të praktikojë një mbledhje informacionesh të vazhdueshme pranë pacientit.
- 2) “ të sigurohet ”
 - Për sigurinë dhe konfortin e klientit
 - Të verifikojë efikasitetin e kujdesjeve
 - Të identifikojë nevojat e pacientit gjatë zbatimit të kujdesit
 - Të lajë duart para, gjatë dhe pas kujdesit
 - Ti shpjegojë pacientit kujdesjet dhe ti stimulojë autonominë
- 3) Të edukojë pacientin gjatë zbatimit të kujdesit. Infermierja duhet të përfitojë nga ky moment i kujdesjeve për të edukuar pacientin. Për këtë ajo duhet të implikojë edhe pacientin në procesin e kujdesit, ti shpjegohet atij kujdesi dhe ti kërkohet të marrë pjesë në mënyrë aktive për zbatimin e tij.

Vlerësimi i kujdesjeve

Etapa e vlerësimit do të thotë :

- Bilanci i efikasitetit të kujdesjeve
- Ndërlidhja e objektivave
- Rishikimi i planit të kujdesit dhe verifikimi nëse organizimi i kujdesit ka qënë i mirë
- Modifikimi i planit të kujdesit nëse rezultatet nuk kanë qënë ato që priteshin

Tema 6. Shenjat jetësore të organizmit

Shenjat jetësore të organizmit (temperatura, pulsi, respiracioni dhe presioni I gjakut) tregojnë funksionimin e mekanizmave homeostatik. Vlerësimi infermieror përfshin matjen dhe interpretimin e tyre. Vlerat normale të shenjave vitale janë të përcaktuara në bazë të moshës së pacientit. Të gjitha këto shenja janë të ndërlidhura me njëra-tjetrën dhe shikohen si një tërësi për funksionimin normal të proceseve jetësore të organizmit. Veprimet që përfshin procedura e matjes së shenjave jetësore janë të thjeshta dhe mësohen me lehtësi por interpretimi I tyre dhe përfshirja e tyre në objektivat e kujdesit kërkon njohuri, aftësi në zgjidhjen e problemeve dhe ekperiencë.

Frymëmarrja



Respiracion është termi që përdoret për të përmbledhur dy procese të ndryshme, por që lidhen me njëra-tjetrën: respiracion i jashtëm dhe respiracion I brendshëm. Respiracioni I jashtëm është procesi I marrjes së oksigjenit në trup dhe eliminimi I dioksidit të karbonit nga trupi. Respiracioni I brendshëm I referohet përdorimit të oksigjenit, prodhimit të dioksidit të karbonit dhe ndryshimit të këtyre gazeve ndërmjet qelizave dhe gjakut. Sistemi respirator ka katër përbërës, secili duhet të funksionojë si një sistem për të ruajtur homeostazën :

1. Mushkëritë (janë përgjegjëse për ndryshimin e gazeve)
2. Kaviteti torakal, muret e krahërorit dhe muskujt respiratorë
3. Qendra e kontrollit respirator në tru
4. Nervat dhe rrugët nervore që lidhin trurin dhe muskujt

Faktorët që ndikojnë në respiracion :

- 1) Moshë. Rritja normale nga infanca në moshën e rritur, rezulton me një kapacitet më të madh të mushkërive. Nëse kapaciteti I mushkërive rritet, shpejtësia respiratore ulët. Prandaj në moshë femërore vlerat e respiracionit janë më të larta se në moshat e rritura.
- 2) Medikamentet. Narkotikët mund të dëmtojnë aftësinë për të inspiruar vullnetarisht dhe shpejtësia dhe thellësia respiratore ulen. Medikamentet e tjera në varësi të veprimit të tyre mund të alterojnë shpejtësinë, ritmin dhe thellësinë me mënyra të tjera.
- 3) Stresi ose emocionet e forta mund të ndikojnë në respiracionin e personit sepse stimulojnë sistemin nervor simpatik. Stresi shton shpejtësinë dhe thellësinë respiratore.
- 4) Ushtrimet. Kur njerëzit bëjnë ushtrime, indet e tyre kanë nevojë për më shumë oksigjen, si pasojë prodhohet më shumë nxehtësi dhe dioksid karboni që duhet të eliminohet. Trupi përgjigjet ndaj këtyre nevojave duke rritur shpejtësinë dhe thellësinë respiratore.
- 5) Lartësia. Për të kompensuar uljen e përmbajtjes së oksigjenit në nivelet e larta rritet shpejtësia dhe thellësia respiratore, gjë që përmirëson oksigjenimin e indeve të trupit.

- 6) Gjinia. Për arsye se burrat kanë kapacitet mushkëror më të madh se gratë, ato mund të kenë shpejtësi respiratore më të ulur se gratë.
- 7) Pozicioni I trupit. Kur trupi përkulet ose personi rrëzohet, mund të dëmtohet shkëmbimi i gazeve. Si rezultat, rritet shpejtësia dhe thellësia respiratore.
- 8) Temperatura trupore. Kur personi ka temperaturë të lartë, sistemi respirator siguron një rrugë më shumë për të cliruar energji. Shpejtësia respiratore rritet si një mekanizëm mbrojtës, në mënyrë që nxehtësia të humbasë nga mushkëritë. Po ashtu shpejtësia metabolike shtohet me rritjen e temperaturës trupore, gjë që shton shpejtësinë respiratore. Ajo mund të rritet deri në 4 frymëmarrje për minutë në cdo 0.6 gradë rritje të temperaturës nga norma.

Vlerësimi i karakteristikave respiratore

Shpejtësia respiratore ndryshon me moshën. Gjatë pushimit respiracioni normal tek një infant është 30-60 frymëmarrje për minutë, ndërsa tek të rriturit ulet 12-20 frymëmarrje për minutë.

Takipnea, është frymëmarrje jo normale e shpejtë respiratore(tek të rriturit zakonisht është mbi 20 f/m)

Bradipnea, është frymëmarrje jo normale e ngadaltë (tek të rriturit zakonisht është nën 12 f/m)

Apnea, mungesa e respiracionit shpesh përshkruhet në bazë të gjatësisë kohore pa respiracion. Apnea e zgjatur është sinonim me arrestin respirator dhe nuk është e pajtueshme me jetën.

Thellësia dhe ritmi : respiracioni duhet të jetë me shpejtësi dhe ritëm të rregullt. Rregulli I referohet inspirimit dhe ekspirimit. Ekspirimi normalisht është dy herë më I gjatë se inspirimi. Thellësia vlerësohet duke observuar lëvizjet e mureve të mushkërisë.

Respiracionet Biot janë respiracione ciklike të cekta që shoqërohen nga një periudhë apneje. Ky respiracion haset tek pacientët me meningit, encefalit, trauma të kokës, absese të trurit dhe goditjet nga temperature.

Respiracionet Cheyne-Stokes janë ciklike, ku periudhat e rritjes së shpejtësisë dhe thellësisë respiratore alterohen me periudha apneje. Gjendjet më të shpeshta që shkaktojnë këtë respiracion përfshijnë dëmtimet e zemrës, mbidozimi I medikamenteve, rritja e presionit intracranial dhe meningitis.

Respiracionet Kussmaul karakterizohen me rritje të shpejtësisë dhe thellësisë. Ky lloj respiracioni shoqërohet shpesh me acidozat metabolike, haset tek diabetikët dhe të sëmurët me dëmtime të vehkave.

Respiracionet apneustike janë inspiracione që shoqërohen me gulcime të gjata të ndjekura me ekspiracione të shkurtra

Dispne konsiderohet vështirësia respiratore që kërkon sforcim nga ana e pacientit. Ato mund të jenë të dhimbshme dhe të vështira.

Stridor (cjerrëse) është një inspiracion me zhurmë të ashpër që ngjan si klithmë.

Gulcimi –tingull I largët muzikor. Zakonisht dëgjohe në ekspirim por mund të dëgjohe edhe në inspirim.

Tështima – inspirime të thella që shoqërohen me shpërthime të ekspirimit.

Metodat e vlerësimit

Preferohet që personi përkujdesës të vlerësojë respiracionin e pacientit, pa e demonstruar këtë sepse kjo procedurë mund të ndryshojë shpejtësinë e tyre respiratore. Nëse respiracionet janë të cekta dhe vizualisht është e vështirë të shihen, personi përkujdesës mund ti numërojë ato ndërsa observon nivelin e sternumit ku respiracioni është më i dukshëm. Tek një infant ose një fëmijë i vogël, respiracioni duhet të vlerësohet përpara se të matet temperatura dhe fëmija nuk është duke qarë, gjë e cila do të ndikonte në gjendjen respiratore.

Pulsi



Pulsi është vala e gjakut që krijohet nga kontraktimi (shtrëngimi) i ventrikulit të majtë të zemrës. Zemra është një pompë rrahëse dhe gjaku hyn në arterie në çdo rrahje të saj, duke shkaktuar presionin pulsues apo valët e gjakut. Normalisht zemra zbraz rreth 70% të vëllimit të saj me çdo kontraksion. Në një person të shëndetshëm, pulsi pasqyron rrahjet e zemrës dhe shpejtësia e pulsit është e njëjtë me atë të kontraktimeve ventrikulare të zemrës. Sidoqoftë, në disa sëmundje kardiovaskulare, rrahjet dhe shpejtësia e zemrës mund të jenë të ndryshme. Për këtë arsye në raste të tilla duhet të vlerësohen edhe pulsi apical edhe pulsi periferik.

Pulsi periferik- është një puls që gjendet në periferi të trupit

Pulsi apical- është një puls qëndror, pra që gjendet në apeks të zemrës

Faktorët që ndikojnë në shpejtësinë e pulsit:

- 1) Moshë. Pulsi i një të sapolinduri ndryshon 125 rrahje/min me një kufi të gjërë ndryshimi që shkon nga 70-190. Me rritjen e moshës, shpejtësia e pulsit gradualisht zbrit në shpejtësinë e një të rrituri, pra 70-75 rrahje/min.
- 2) Gjinia. Pas pubertetit shpejtësia e pulsit tek meshkujt është lehtësisht më e ulët se tek femrat.
- 3) Ushtrimet. Normalisht, shpejtësia e pulsit rritet gjatë një veprimtarie fizike.
- 4) Temperatura. Rrit shpejtësinë e pulsit. Shpejtësia e pulsit rritet në përgjigje të presionit të ulët të gjakut, i cili në këmbim ndaj nxehtësisë shkakton një enë zgjerim periferik.
- 5) Mjekimet. Disa lloje mjekimesh shkaktojnë rritje të shpejtësisë së pulsit, ndërsa disa të tjerë e ulin atë.
- 6) Hemoragjia. Normalisht, humbja e gjakut nga sistemi vascular, rrit shpejtësinë e pulsit.
- 7) Stresi. Në përgjigje ndaj stresit, sistemi nervor simpatik nxit shtimin e gjithë veprimitarisë së zemrës. Gjithashtu stresi rrit shpejtësinë, si dhe forcën e rrahjeve të zemrës.

- 8) Ndryshimi i pozicionit. Kur një person merr një pozicion ulur, apo qëndron në këmbë, zakonisht gjaku grumbullohet në enët e sistemit të poshtëm venoz. Këto ndryshime janë kryesisht të ndërmjetësuar nga sistemi nervor simpatik, i cili rrit shpejtësinë kardiake, forcën e kontraktimit ventrikulare, si dhe tonusin e venave dhe të arterieve.

Vendet që shërbejnë për matjen e pulsit

- Temporal ; preket aty ku kalon arteria temporale, mbi kockën temporale të kokës.
- Carotid ; preket anash qafës, poshtë lobit të veshit, aty ku kalon arteria karotide, ndërmjet trakesë dhe muskulit sternocleidomastoid.
- Apikal ; në apeks të zemrës.
- Bracial ; preket në mes të hapësirës antekubitale (para bërrylit)
- Radial ; preket aty ku kalon arteria radiale, përgjatë kockës radiale, në pjesën e brëndshme të kycit, në anë të gishtit të madh.
- Femoral ; preket aty ku kalon arteria femorale, përgjate ligamentit inguinal.
- Popliteal ; preket aty ku kalon arteria popliteale prapa gjurit.
- Posterior tibial ; preket në sipërfaqen mediale të kaviljes, aty ku kalon arteria tibiale posterior, prapa maleolës mediale.
- Pedal ; preket mbi kockën e këmbës, aty ku kalon arteria dorsalis pedis.

Matja e pulsit

Normalisht , pulsi palpohet duke ushtruar një presion të lehte me tre gishtat e mesëm të dorës. Mollëzat e brëndshme të gishtërinjëve janë zonat më të ndjeshme për preken e pulsit. Përpara se personi përkuqdesës të masë shpejtësinë e pulsit, personi duhet të qëndrojë në pozicion të rehatshëm dhe personi përkuqdesës duhet të ketë parasysht :

1. Nëse një person merr ndonjë mjekim psh digitalik, i cili mund të ndikojë në shpejtësinë e zemrës.
2. Kur personi ka qënë në aktivitet fizik, duhet të pushojë 10-15 min që pulsi të ngadalësohet dhe të arrijë në shpejtësinë e zakonshme.

Ritmi i pulsit

I referohet rrahjeve dhe intervaleve ndërmjet rrahjeve.

Puls i rregullt – është atëhere kur koha ndërmjet dy rrahjeve është e njëjtë.

Aritmia – është një puls me ritëm të crregullt.

Matja e pulsit periferik

Zakonisht pulsi matet me palpim ose auskultacion. Për dëgjimin e pulsit në të gjitha vendet e matjes me përjashtim të apeksit të zemrës përdoren mollëzat e tre gishtërinjëve të mesit. Për dëgjimin e pulsit apical dhe tonet e zemrës së fetusit përdoret stetoskop. Ka raste kur pulsi radial dhe ai apical mund të maten njëkohësisht nga dy persona. Ky puls quhet apical-radial. Për matjen e pulsit periferik përdoret një orë me akrep sekondash për matjen e rrahjeve të pulsit.

- Përcaktohet pika ku do të matet pulsi

- Vendoset personi në një pozicion qëndrimi të rehatshëm
- Kur preket pulsi, vendosen tre gishtërinjtë e mesit lehtësisht mbi vendin ku do të matet pulsi
- Kur pulsi është i rregullt numërimi bëhet për 30 sekonda dhe shifra që del shumëzohet me dy. Puls i crregullt duhet të matet për 1 min të plotë
- Vlerat që dalin shënohen në formularin e evidentimit

Presioni i gjakut



Presioni arterial i gjakut është presioni që ushtrohet prej gjakut kur ai pulson në arterie. Meqënëse gjaku lëviz në valë, bëhen dy matje të presionit të gjakut :

- Presioni sistolik, i cili është presioni i gjakut që ndodh si rezultat i kontraktimit të ventrikulit të majtë dhe nxerrjes së gjakut në qarkullimin e madh;
- Presioni diastolic, i cili është presioni kur ventrikuli është në pushim;
- Presion diferencial quhet diferenca ndërmjet presionit diastolic dhe atij sistolik

Matja e presionit të gjakut bëhet në milimetër të mërkurit (mmHg). Kjo matje tregohet në sfigmomanometër, që pasqyron presionin e gjakut në manshetë, e cila mbështillet përreth një ekstremiteti të personit, psh krahut.

Presioni normal mesatar i gjakut në të rriturit e shëndetshëm është 120/80 mmHg. Ka disa kushte të cilat ndikojnë në presionin e gjakut :

1. Hipertensioni – është presion gjaku jo normal, i lartë, ku presioni sistolik i kalon 140 mmHg dhe presioni diastolic i kalon 90 mmHg.
2. Hipotensioni – është presion gjaku jo normal, i ulët, ku presioni sistolik është nën 100 mmHg.

Faktorët që ndikojnë në presionin e gjakut :

- 1) Moshë. Presioni i gjakut rritet me rritjen e moshës. Në personat e moshuar, presioni diastolic shpesh rritet si pasojë e ngushtimit të arterieve.
- 2) Ushtrimet. Ushtrimi rrit kapacitetin e zemrës, si dhe presionin e gjakut.
- 3) Stresi. Stresi si pasojë e ankthit, frikës dhe e dhimbjeve të forta mund të rrisë presionin e gjakut. Dhimbjet shumë të forta mund të ulin presionin e gjakut së tepërmi dhe të shkaktojnë gjendje shoku.
- 4) Raca. Presioni i gjakut ndryshon në varësi të racës. Meshkujt zezak me moshë mbi 35 vjeç kanë presion gjaku më të lartë se sa meshkujt e bardhë të së njëjtës moshë.

- 5) Gjinia. Nuk ka diference mes presionit të gjakut të meshkujve dhe femrave, para periudhës së adoleshencës. Pas pubertetit, femrat përgjithësisht kanë presion më të ulët gjaku në krahasim me meshkujt e së njëjtës moshë.
- 6) Medikamentet. Mund të ndikojnë në rritjen apo uljen e presionit të gjakut, në varësi të veprimit të tyre në organizëm.
- 7) Ndryshimet ditore. Në përgjithësi presionet e gjakut të individëve ndryshojnë gjatë orëve të ditëve. Presioni është më i ulët në mëngjes, kur shpejtësia metabolike është më e ulët. Më pas presioni i gjakut rritet gjatë ditës dhe dobësohet në pasditen e vonë.

Matja e presionit të gjakut

Presioni i gjakut mund të matet direkt ose indirect. Matja direkte nënkupton futjen e një kateteri në brendësi të arteries brakiale, radiale ose femorale. Për matjen e presionit të gjakut indirekt ka tre metoda :

- Metoda auskultative
- Metoda palpuese
- Metoda flush

Metoda auskultative- është metoda më e zakonshme që përdoret për matjen e presionit të gjakut në spitale, klinika dhe në kushte shtëpie. Pajisjet që nevojiten për këtë lloj matje janë një sfigmomanometër, manshetë dhe stetoskop.

Metoda palpuese- mund të përdoret kur tingujt Korotkoff nuk mund të dëgjohen, si në rastin kur nuk është e mundur të përdorim pajisje elektronike për të dëgjuar këta tinguj.

Metoda flush – përdoret për të përcaktuar presionin e gjakut tek fëmijët kur tingujt korotkoff nuk mund të dëgjohen nëpërmjet auskultacionit

Procedura e matjes së presionit të gjakut :

1. Ndihmohet personi të vendoset në pozicionin e duhur. Normalisht preferohet pozicioni ulur. Krahu duhet të jetë lehtësisht i mbledhur me pëllembën e dorës të drejtuar lart dhe parakrahu i mbështetur në nivelin e zemrës.
2. Zhvishet pjesa e sipërme e krahut
3. Mbështillet mansheta e shfryrë rreth pjesës së sipërme të krahut, në mënyrë që mesi i jastekut të gomës të vensoset mbi pjesën mediale të krahut.
4. Në rast se matja e presionit të gjakut bëhet për herë të parë tek një person, duhet që më parë të bëjë një palpim për të përcaktuar paraprakisht presionin sistolik.
5. Vendoset në vesh pjesa e stetoskopit që përdoret për dëgjim, në mënyrë të tillë që ato të jenë në dispozicion përpara dhe lehtësisht pjerrtas.
6. Sigurohuni që stetoskopi të varet lirisht nga veshët tek diafragma.
7. Vendoset diafragma e stetoskopit mbi pulsën brakial.
8. Pomponi manshetën derisa sfigmomanometri të shënojë rreth 30 mmHg, mbi pikën ku pulsë brakial u zhduk.
9. Lirohet valvula në pompë me kujdes në mënyrë që presioni të zbresë me shpejtësi 2-3 mmHg/sek

10. Kur presioni të bie, përcaktoni leximin në manometër
11. Shfryhet mansheta dhe hiqet nga krahu i personit.
12. Shënohet vlera e marrë në formularin e evidentimit.

Temperature trupore



Qëniet njerëzore janë krijesa gjak-ngrohtë, që do të thotë se ata mund ta ruajnë temperaturën e brëndshme trupore pa e lidhur me mjedisin. Indet dhe qelizat trupore janë të afta të funksionojnë brënda limiteve relative të kufirit të temperaturës së trupit. Sipërfaqja e trupit ose temperatura e lëkurës mund të ndryshojë nga kushtet e mjedisit dhe aktivitetet fizike. Pavarësisht nga këto lëkundje, temperatura e brëndshme e trupit, temperatura qëndrore, ruhet relativisht kostante, nëse individi nuk zhvillon një sëmundje febrile. Rregullimi i temperaturës trupore kërkon koordinimin e shumë sistemeve të trupit. Për të ruajtur normal temperaturën qëndrore, prodhimi i nxehtësisë duhet të jetë i barabartë me humbjen e nxehtësisë. Hipotalamusi, pjesë e sistemit nervor qëndror është termostati rregullues trupor. Ai mund të ndjejë ndryshimet e vogla në temperaturën trupore dhe të stimulojë ndryshimet e nevojshme në sistemin nervor, sistemin qarkullues, lëkurë, gjëndrat e djersës.

Faktorët që ndikojnë në temperaturën trupore:

- 1) Moshë. Të porsalindurit e kanë të pastabilizuar temperaturën trupore për arsye se mekanizmat e tyre termorregullues janë të pamaturuar. Temperatura normale ulet me rritjen e moshës së personit.
- 2) Mjedi. Zakonisht, ndryshimet në temperaturat e mjedisit nuk ndikojnë në temperaturën qëndrore për shkak të mekanizmave rregullues, por ekspozimi ndaj një temperature shumë të ulur ose shumë të lartë mund të ndërhyjë në temperaturën trupore. Vdekja mund të ndodhë, nëse temperatura qëndrore ulet në 25 gradë.
- 3) Koha e ditës. Temperatura trupore ndryshon gjatë ciklit ditor 24 orësh. Normalisht temperatura e trupit të njeriut mund të ndryshojë deri 2 gradë nga herët në mëngjes deri vonë në mbrëmje.
- 4) Ushtrimet fizike. Temperatura trupore rritet nga ushtrimet fizike, sepse ato shtojnë prodhimin e nxehtësisë ashtu sic karbohidratet dhe yndyrnat shkatërrohen për të prodhuar nxehtësi.
- 5) Hormonet. Zakonisht gratë kanë një ndryshueshmëri të temperaturës më të madhe se burrat.
- 6) Stresi fiziologjik dhe psikologjik. Ndikojnë në rritjen e temperaturës trupore. Pacientët e stresuar ose anksioz mund të kenë rritje të temperaturës pa pasur patologji.

Vendet e matjes së temperaturës

- Matja orale. Mendohet si vendi më i përdorshëm në botë për matjen e temperaturës.
- Matja rektale. Besohet se kjo matje është më e sakta, sepse faktorët artificialë që mund të ndikojnë në të janë shumë të paktë.
- Matja në vesh. Që kur është shpikur termometri i membranës timpanike, matja në vesh i është shtuar vendeve të matjes së lehtë dhe me siguri të temperaturës trupore.

Tema 7. Nevojat fiziologjike

Oksigjenimi



Oksigjeni është i domosdoshëm për jetën. Oksigjenoterapia përdoret shpesh kur nuk kemi funksionim jo të mirë të sistemit kardiopulmonar për shkak të crregullimeve të qarkullimit ose të sistemit pulmonar, ose të të dyjave së bashku psh kur mushkëritë janë të dëmtuara oksigjeni shtohet me anë të inhalacionit aq sa nevojitet. Kjo ndodh shpesh kur pacienti ka pneumoni ose sëmundje të tjera pulmonare kronike obstruktive.

Metodat e dhënies së oksigjenit

- Kanjula nazale
- Kateteri nasal
- Maska e oksigjenit
- Tenda e oksigjenit

Administrimi i oksigjenit nëpërmjet kanjulës nazale

- Praktiko asepsinë medikale
- Vendos pacientin në pozicion të rehatshëm, zakonisht në pozicion Fouler
- Jepi oksigjen në mënyrë të vazhdueshme në intervale të rregullta
- Sigurohu që administrimi i oksigjenit të bëhet sipas këshillës së mjekut, sepse oksigjeni bëhet toksik në përqëndrime të larta.
- Lidh kanjulën nazale me bombulën e oksigjenit dhe fillo dhënien e tij 2-4 l/min.
- Vendos kanjulën në hundë. Sigurohu që ajo është në vendin e duhur.
- Lëviz kanjulën herë pas here lehtësisht.
- Kontrolllo rregullisht rrjedhën e oksigjenit për tu siguruar që po jepet sipas përshkrimit të mjekut.
- Hiqe dhe pastro kanjulën cdo 8 orë ose më shpesh nëse indikohet.

- Instrukto pacientin të respirojë nëpërmjet hundës, sepse ka humbje oksigjeni kur respiron përmes gojës.
- Pastor koanet e hundës përreth kanjulës nëse është e nevojshme.

Kateteri nasal

- Lidh kateterin me bombulën e oksigjenit, fillo dhënien e oksigjenit 5-7 l/min
- Lubrifiko kateterin në ujë solubël për të shmangur irritimin e membranave
- Mat distancën nga koanet e hundës deri te lobi i veshit. Pacientit i thuhet të mbajë hundën lart dhe fut kateterin duke e lëvizur me kujdes deri sa të arrihet distanca e vendosur. Pastaj veprohet njëlloj si me kanjulën nazale.

Maska e oksigjenit

Një tip i thjeshtë maske është maska e quajtur Hudson. Ajo është plastike dhe me një përdorim. Kjo maskë lejon që në të të hyjë ajër nga jashtë dhe të përzihet me oksigjenin, kështu që eliminohet rreziku që pacienti të marrë ajër me një nivel të lartë oksigjeni. Një tjetër lloj maske është ajo e quajtur Venturi, e cila lejon hyrjen e ajrit në maskë dhe daljen e dioksidit të karbonit duke e lënë maskën në ajër të pastër.

Tenda e oksigjenit

Kjo është një metodë tjetër e dhënies së oksigjenit dhe përdoret më shumë tek fëmijët. Tendat janë portative dhe të lehta, të bëra me plastikë të tejdukshme që lidhen me një burim oksigjeni dhe në këtë mënyrë ajri qarkullon në tendë.

Bilanci hidro-elektrolitik dhe crregullimet më të shpeshta të tij

- Hidro-Elektrolitike. Gjendja e organizmit në të cilën uji dhe përbërësit e tij janë në përpjestime normale, në përqëndrime të duhura dhe në kompartmentet përkatëse.
- Crregullim Hidro-Elektrolitik. Është ajo gjendje e organizmit në të cilën uji dhe përbërësit e tij janë në përpjestime jo të duhura, në përqëndrime të gabuara dhe/ose në kompartmentet e gabuara.
- Hiperkalcemia. Nivel i lartë kalciumi në organizëm
- Hyperkalemia. Nivel i lartë kaliumi në organizëm
- Hipermagnezemia. Nivel i lartë magnezi në organizëm
- Hypernatremia. Nivel i lartë natriumi në organizëm
- Hypervolemia. Tepërcë lëngjesh në organizëm
- Hypokalcemia. Nivel i ulët kalciumi në organizëm
- Hypokalemia. Nivel i ulët kaliumi në organizëm
- Hypomagnezemia. Nivel i ulët magnezi në organizëm
- Hyponatremia. Nivel i ulët natriumi në organizëm
- Hypovolemia. Pamjaftueshmëri lëngjesh në organizëm
- Humbjet e pandjeshme të ujit. Janë humbjet e ujit që bëhen në formën e lagështirës në ajrin e nxjerrë dhe me anë të avullimit nga lëkura
- Lëngu intersticial. Lëngu që gjendet ndërmjet qelizave
- Lëngu intraqelizor. Lëngu që gjendet brënda qelizave

- Lëngu intravascular. Lëngu që gjendet brënda enëve të gjakut
- Jon. Një atom apo molekulë e cila mbart ngarkesë elektrike kur gjendet në tretësirë

Ushqyerja

Ushqyerja është shuma totale e të gjitha ndërveprimeve ndërmjet organizmit dhe produkteve që ai konsumon. Elementët ushqimor thelbësor janë grupuar në 6 kategori:

1. Uji
2. Karbohidratet
3. Yndyrnat
4. Proteinat
5. Vitaminat
6. Mineralet

Katër elementët e parë quhen makroelementë dhe dy të fundit quhen mikroelementë.

Elementët ushqimor kanë tre qëllime kryesore :

- Formojnë strukturën trupore (kockë, gjak)
- Sigurojnë energji e cila matet me kilokalori
- Ndhimojnë në rregullimin e reaksioneve kimike të trupit që të gjitha se bashku formojnë metabolizmin

Metabolizmi

Metabolizmi i referohet të gjitha reaksioneve kimike qelizore që bëjnë të mundur që një qelizë të vazhdojë jetën. Metabolizmi ndahet në reaksione anabolike të cilat ndërtojnë substancat dhe indet trupore dhe reaksione katabolike që ndalojnë ndërtimin e tyre.

Bilanci energjik

Pesha e një individi varet nga kaloritë e marra dhe energjitë e shpenzuara. Ata duhet të jenë në balancë që pesha specifike të mos ndryshojë. Kaloritë e duhura për një person variojnë në varësi të moshës dhe rritjes, gjinisë, shëndetit, gjumit, aktivitetit dhe ushqimit.

Probleme të zakonshme të eleminimit urinar

Ekzistojnë terma të vecantë të cilët përdoren për të përshkruar shenjat dhe simptomat anormale që lidhen me problemet e traktit urinar

1. Anuri- do të thotë mungesë e prodhimit të urinës
2. Oliguria- I referohet prodhimit të sasive të pakta të urinës
3. Poliuri- prodhim dhe jashtëqitje e tepruar e urinës
4. Retension urinar- do të thotë që urina prodhohet nga veshkat por nuk nxirret dot nga fshikëza
5. Urina reziduale- është sasia e urinës që mbetet në vezikë pas aktit të urinimit
6. Inkontinenca urinare- është paaftësia për të kontrolluar shkarkimin e urinës nga fshikëza
7. Hematuri- quhet prania e gjakut në urinë
8. Piuria- quhet prania e qelbit në urinë
9. Albuminuria-quhet prania e albuminës në urinë

10. Glukozuria- prania e glukozës në urinë
11. Dizuri- quhet vështirësia në urinim
12. Polakiuria- do të thotë urinime të shpeshta në intervale të shkurtra
13. Nikturia- quhet urinim i shpeshtë gjatë natës.

Kateterizimi



Kateteri është një tub që shërben për të futur apo drenuar lëngje.

Kateterizimi i fshikzës urinare është futja e një kateteri përmes uretrës në fshikëz për të nxjerrë urinën nga kjo e fundit. Rreziqet e kateterizimit janë dëmtimet dhe infeksioni.

Indikacionet e zakonshme për kateterizim

- Një pacient mund të kateterizohet për të nxjerrë një mostër urinë krejtësisht të pakontaminuar
- Kateterizimi mund të përdoret përpara një procedure kirurgjikale për të zbratur krejtësisht fshikëzën
- Kateterizimi bëhet i domosdoshëm kur për çfarëdo arsye pacienti nuk arrin të urinojë
- Kateterizimi përdoret në ato raste kur duam të zbulojmë a mbetet urina reziduale pas urinimit
- Kateterizimi mund të përdoret për të zbratur urinën nga një fshikëz shumë e distenduar

Procedurat për kateterizim

Infermierja duhet të veshë doreza sterile gjatë kateterizimit, por mund të ketë edhe raste kur ajo nuk nevojitet. Materialet sterile pastaj duhet të kapen me forceps steril. Infermierja duhet të lajë plotësisht duart përpara kateterizimit. Pacienti pozicionohet shtrire me kurriz me gjunjët e flektuar.

Vetëkateterizimi intermitent

Disa pacientë të cilët kanë nevojë për kateterizime të shpeshta mund të mësojnë ta bëjnë vetë procedurën në shtëpi. Këta persona zakonisht kanë një gjendje morboze të pakthyeshme të cilat interferojnë me funksionin e rregullt të fshikzës urinare.

Praktikat e asepsisë mjekësore duhet të përdoren nga pacientët që vetëkateterizohen. Ka më pak rreziqe infeksioni të traktit urinar në shtëpi sesa në spital. Përvoja ka treguar se kjo teknikë është krejtësisht e sigurtë. Procedura e vetëkateterizimit është thelbësisht e njëjtë me atë që bën infermierja kur kateterizon një pacient. Më poshtë janë ndryshimet dhe pikat që duhen theksuar :

1. Pacientit i duhet thënë që të provojë të urinojë vetë një herë dhe pastaj të vetëkateterizohet për zbratjen e ndonjë sasive urine reziduale. Kjo ndihmon që të paktën të fitohet sadopak kontroll mbi aktin e urinimit.

2. Është e rëndësishme të theksohet larja e imtësishme e duarve para vetëkateterizimit.
3. Për meshkujt pozicionimi më I rehatshëm është në këmbë ose ulur kurse për gratë është të qëndruarit në ndenjësën e banjos.
4. Një dritë e bollshme është e rëndësishme në mënyre që të sigurohemi që meatusi të shihet mirë. Kjo sidomos për femrat.
5. Zona perineale pastrohet me ujë dhe sapun, dhe pambuku me dezinfektant lëvizet në të njëjtin drejtim dhe mënyre sic infermierja gjatë kateterizimit.
6. Gjatë mësimit të procedurës gratë e kanë më të lehtë pot ë përdorin një pasqyrë për të lokalizuar meatusin. Pasi teknika të jetë mësuar mirë dhe pacientja e gjen meatusin me lehtësi pasqyra nuk shërben më.
7. Pacientit I duhet mësuar të shtyjë me anë të muskujve abdominalë në mënyrë që sa më shumë urinë të zbrazet përpara heqjes së kateterit.
8. Kur rrjedhja e urinës ndalon pacienti e kap kateterin me gishta dhe e tërheq ngadalë.
9. Shpeshësia e vetëkateterizimit është e ndryshme. Fillimisht mund të jetë e nevojshme cdo 3-4 orë. Me kalimin e kohës disa pacientë e reduktojnë nevojën për vetëkateterizim cdo 8-12 orë. Intervali I kohës mes kateterizimeve varet nga shkalla e kontrollit që I sëmuri zhvillon mbi aktin e urinimit
10. Pajisjet njëpërdorimshme hidhen pas përdorimit. Pajisjet e ripërdorshme duhet të lahen mirë me ujë dhe sapun ose detergjent, të shpërlahen dhe të thahen pastaj të ruhen në një kuti të pastër dhe të mbyllur.
11. Pacientëve që vetëkateterizohen duhet tu mësohet rëndësia e marrjes me shumicë të lëngjeve. Një sasi minimale prej 1500-2000 ml rekomandohet për të rriturit.

Kateteri permanent

Një kateter permanent është një lloj kateteri i cili futet në fshikëzën urinare dhe fiksohet në vënd në mënyrë që urina të rrjedhë vazhdimisht.

Devijimi urinar

Në qoftëse një sëmundje e caktuar e nxjerr fshikëzën jashtë funksionit ureteret mund të devijohen nga ajo. Kjo bëhet me anë të ndërhyrjeve kirurgjikale. Ureterët mund të inserohen në zorrën e trashë dhe urina të nxirret me fecet. Një metodë shumë më e zakonshme është formimi I një ‘qeseje’ nga një pjesë e ileumit e cila pastaj suturohet nga njëra anë. Ureteret inserohen në këtë qese së cilës I bëhet një dalje në murin abdominal. Kjo lloj lidhjeje quhet ‘derdhje ileale’. Pacienti e nxjerr dhe e mbledh urinën në një ‘stomë’ e cila është një e hapur artificiale në murin abdominal. Pacientët me uretero-ileostomi mbajnë një pajisje për të mbledhur urinë tek stoma. Qesja kolektore zakonisht përbëhet prej plastike. Një fletë e rrafshët me një të hapur vendoset rreth stomës dhe ngjitet me lëkurën me anë të një ngjithësi special. Qesja është e ngjitur ose mbërthehet tek kjo fletë. Pacienti mund të ketë një rrip për të varur qesen ose mund të përdorë ngjithës prej letre. Disa pajisje kanë një të hapur në të cilën një sistem tubash mund të lidhet. Tubat përdoren gjatë natës dhe urina mblidhet në një enë në anë të shtratit. Kjo eliminon nevojën për të zbrazur qesen gjatë natës.

Masat që merren për tu kujdesur për një pacient me uretero-ileostomi përfshijnë :

1. Hapni një vrimë në fletën e rrafshët me madhësi të tillë që të mos ekspozojë shumë lëkurë por as të mos prekë buzët e stomës. Sa më pak lëkurë të ekspozohet aq më pak do të irritohet ajo.
2. Përdorni ngjitës për të fiksuar fletën e rrafshët në lëkurën rreth stomës.
3. Zbrazeni qesen kolektore kur ajo të jetë e mbushur ne 1/3 ose në ½. Një qese e mbushur plot mund të jetë shumë e rëndë dhe mund ta tërheqi dhe ta shkëpusë fletën nga lëkura.
4. Ndërrojini fletën e shpeshtë në mëngjes kur pacienti zgjohet. Në këtë orar fluksi urinar është i ulët dhe ka më pak rrezik që pika urinare që dalin nga stoma të ndotin lëkurën rreth saj.
5. Mbulojeni stomën në një garzë katërkëndëshe ndërsa ndërroni qesen apo fletën e rrafshët në mënyrë që pika urinare të mos ndotin lëkurën rreth saj.
6. Thojini pacientit të rrotullohet nga e djathta në të majtë në mënyrë që të drenojë stomën përpara se të zbrazi qesen apo zëvendësoni fletën.
7. Pastroni një qese shumëpërdorimshe mirë me ujë dhe sapun dhe shpërlajeni mirë. Ekspozimi i qeses së paster në diell i eleminon erërat e këqija.
8. Mbajeni lëkurën rreth stomës të pastër. Kur ajo irritohet, kremëra me antibiotikë apo steroidë mund të përdoren.
9. Sigurohuni që pacienti të marrë një sasi të madhe lëngjesh të pakten 2000 ml në ditë. Kjo parandalon infeksionet dhe shpërlan ureteret në mënyrë natyrore.
10. Ndhimojeni pacientin të mbajë dietën që i është caktuar. Disa persona përdorin lëng manafere apo vitamin C për të mbajtur urinën acide në mënyrë që të kontrollojnë infeksionet.
11. Sigurohuni që pacienti të kuptojë se si funksionon devijimi urinar dhe si duhet të kujdeset për të. Rrobat e mbulojnë mirë pajisjen. Hobet dhe sportet rekomandohen përveç sporteve të kontaktit. Disa pacientë gjejnë ndihmë duke takuar njerëz të tjerë të cilët kanë devijim urinar dhe i janë kthyer aktiviteteve normale të jetës së përditshme.
12. Mësojeni pacientin që të jetë i vetëdijshëm për humbjet apo shtimin në peshë pasi kjo con në nevojën për të përshtatur aparatit (pajisjen).

Marrja e mostrave të urinës

Gjatë marrjes së mostrës së urinës një sasi e caktuar urine derdhet në një enë të posacme. Kjo enë e vogël etiketohet sic duhet dhe dërgohet në laborator. Nqs urina është e kontaminuar me sekrecione vaginale, kjo duhet shënuar në etiketë. Mostrat e urinës nuk duhet të lihen në temperaturën e dhomës para se të dërgohen në laborator. Rritja e baktereve në të mund të ndodhë dhe kjo mund të shtrëmbërojë rezultatet laboratorike. Procedura e zakonshme është ruajtja e mostrës në frigorifer nëse ajo nuk dërgohet direkt në laborator pasi është marrë.

Mostra e urinuar

Pacientit i jepet një uturak kur nevojitet një mostër e urinuar. Urina derdhet drejtpërdrejt nga uturaku në shishen e analizës . letra higjenike nuk duhet të hidhet në një uturak që përdoret për të marrë një mostër. Prania e letrës në urinë e bën atë të vështirë për tu studiuar.

Urina e mesit

Urina e mesit merret nën kushtet e një pastërtie të përkryer dhe pasi 30 ml e para të urinës janë nxjerrë.

Higjena personale

Higjena flet për praktikatat e përgjithshme që nxisin mirëqënien nëpërmjet kujdesit vetjak dhe pastërtisë. Higjena personale është e ndryshme tek persona të ndryshëm. Psh disa njerëz

preferojnë banjo ose dush, të tjerët I ndërrojnë carcafët cdo javë, të tjerët më shpesh, disa e lajnë kokën 2-3 herë në javë, disa një herë në javë. E rëndësishme është që higjena/kujdesi vetjak të bëhet në mënyrë të vazhdueshme dhe sic duhet.

Rregullat bazë për kujdesin e lëkurës dhe mucus membrane

Lëkura është organi më i madh i trupit. Fjala integument do të thotë lëkurë. Sistemi integumentar përfshin lekurën dhe pjesët e ndryshme të saj si flokët, thonjtë, gjëndrat dhjamore, gjëndrat e djersës, gjëndrat ceruminous.

Funksionet e lëkurës janë :

- Ruan trupin
- Ndhmon trupin në rregullimin e temperaturë
- Në lëkurë janë fundet e nervave që janë të ndjeshëm ndaj dhimbjeve, temperaturës, prekjeve dhe shtypjes
- Prodhon vitaminën E me ndihmën e dritës së diellit dhe vitaminën D që absorbohet nga lëkura dhe futet në trup

Mucus membrane (cipat jargore) janë të pandara nga lëkura. Cipat jargore mbulojnë shtresën e brëndshme të gojës, hundës, anusit (pra të sistemeve tretës, frymëmarrjes, urinare dhe riprodhuese). Konjuktiva e syrit është gjithashtu e rrethuar në cipën jargore. Gjatë punës personi përkujesës duhet të dijë disa gjëra për lëkurën dhe cipën jargore. Një lëkurë e shëndetshme dhe e padëmtuar e ndihmon trupin të mbrohet nga dëmtimet. Një lëkurë e shëndetshme mund ti rezistojë organizmave shumë më mirë se sa një lëkurë e dëmtuar. Gjatë punës, personi përkujesës duhet të punojë në mënyrë tëb tillë që të mos irritojë apo dëmtojë lëkurën.

Tema 8. Rëndësia e aktiviteteve fizike në përkujesjen social-shëndetësore

Lëvizja e pacientit

Fjala “ transferim” do të thotë lëvizje e pacientit nga një vënd tek tjetri. Pacienti ndihmon, asiston në këtë lëvizje dhe quhet active nëse lëviz pa ndihmën e të tjerëve; quhet lëvizje passive e pacientit nëse kjo lëvizje kryhet nga të tjerët ose nga mjete mekanike ku pacienti nuk lëviz fare.

Udhëzimet bazë kur lëvizet një pacient

- 1) Personi përkujesës duhet patjetër të dijë diagnozën e pacientit, aftësitë që ai ka, dobësitë dhe cdo lëvizje që atij si lejohet.
- 2) Pacienti duhet të përdorë mbështetëse apo mjete të tjera para se të ngrihet nga krevati.
- 3) Personi përkujesës vendos paraprakisht se cfarë duhet të bëjë kur planifikon lëvizjen e pacientit me qëllim që të përdorë teknikat e duhura.
- 4) Personi përkujesës largon pengesat që mund ta bëjnë lëvizjen më të vështirë psh largon karrigen, tavolinën lëvizëse etj
- 5) Ngre krevatin e të sëmurit që ta përdorë me lehtësi gjatë lëvizjes.

- 6) Siguron rrotat levizëse të krevatit, karriges me rrota, barrelën që të mos rrëskasin kur të lëvizë I sëmurit.
- 7) Zbaton rregullat dhe parimet bazë të lëvizjes së trupit që të mos tërheqë muskujt.
- 8) Mban pacientin në pozicionin e duhur gjatë transportit.
- 9) Shmang fërkimet tek lëkura e të sëmurit.
- 10) Lëviz vetë dhe opacientin në drejtimin e duhur pa rrotullime, duke bërë lëvizje të ngadalshme. Lëvizjet e menjëhershme mund të shkaktojnë tërheqje të muskujve ose të artikulacioneve.
- 11) Përdor mjete mekanike sa herë që janë të domosdoshme për transportin/lëvizjen e pacientit.

Udhëzimet bazë gjatë përdorimit të lëvizjes ushtrimore

- Personi përkujdesës duhet të dijë diagnozën e pacientit dhe pse duhet përdorur këto lëvizje. Kjo e ndihmon në përcaktimin e tipit të ushtrimeve.
- Personi përkujdesës I mëson pacientit cilat ushtrime duhen bërë dhe si bëhen, I tregon teknikën e duhur. Personi përkujdesës duhet të jetë I kujdesshëm për trupin e tij që të shmang ndonjë tërheqje muskuli apo dëmtimi kur kryen ushtrime për artikulacionet e pacientit.
- Personi përkujdesës nuk duhet të bëjë ushtrime që lodhin shumë të sëmurin. Qëllimi I ushtrimit nuk është të lodhë të sëmurin.
- Ushtrimet fillohen ngadalë dhe punohet ngadalë. Të gjitha lëvizjet duhet të jenë të njëtrajtshme dhe me të njëjtin ritëm.
- Lëvizjet e crregullta dhe të menjëhershme nuk janë komforte për pacientin.
- Përdor një kapje/shtrëngim të mirë komfort kur zë artikulacionet e pacientit. Një teknikë e tillë I jep pacientit support të saktë.
- Lëviz cdo artikulacion derisa pacienti e duron dhe nuk ndjen dhimbje. Lëvizjet nuk duhen bërë duke ushtruar forcë. Tërheqja e tepërt e artikulacioneve mund të japë dëmtime madje edhe rrjedhje gjaku.
- Ndalo ushtrimet lëvizore të artikulacioneve nëse papritur ndodh një kontraksion muskuli. Shtyp me butësi fundin e muskulit derisa ai të vijë në gjëndje normale.
- Ushtrimet e artikulacioneve duhen bërë dy herë në ditë rregullisht. Cdo ushtrim të bëhet 2-5 herë. Shumica e këtyre ushtrimeve mund të bëhet kur pacienti është duke bërë banjë.
- Përpara se personi përkujdesës të fillojë lëvizjen ushtrimore të artikulacioneve duhet parë që frymëmarrja dhe zemra janë normal.
- Personi përkujdesës duhet të bëjë edhe ushtrime passive (pra kur pacienti është inaktiv), nëse është e nevojshme por duhet të inkurajoje ushtrime active nëse ka mundësi ti bëjë. Ushtrimet duhet të vazhdojnë edhe në shtëpi.

Përgatitja e pacientit për ecje

Kur pacienti qëndron në shtrat për një periudhë të shkurtër kohe, përgatitja e tyre për një aktivitet më të avancuar mund të jetë thjesht një çështje ndihme për të që të ngrihet nga kravati dhe ta ndihmosh të ecë. Por ka pacientë të cilët kërkojnë para përgatitje. Këta pacientë kanë qëndruar në shtrat për një kohë të gjatë. Përveç ushtrimeve të lëvizjes së artikulacioneve mund të bëhen edhe ushtrime të tjera në krevat që ndihmojnë sistemin muskulo-skeletor për ecje.

Ushtrime izometrike

Këto janë ushtrime që tendosin muskulin pa ndryshuar zgjatjes ose gjatësinë e tij. Pacienti duhet të informohet që këto ushtrime nuk bëhen me gojë të mbyllur. Manovra e Valsavës është kur mbyll hundë dhe gojë dhe con ajrin në vesh se goja është e mbyllur. Shmangia e manovrës së Valsavës është e rëndësishme për pacientët që vuajnë nga sëmundjet e zemrës. Tërheqja/tendosja ndaj gojës së mbyllur ndikon tek të rrahurat e zemrës të cilat mund edhe të crregullohen, prandaj sigurohemi që pacienti kupton se kontraksioni dhe relaksioni ndryshon brënda pak sekondave. Pacientët mund të keqkuptohen dhe mendojnë se duhet ti mbajnë muskujt të kontraktuar për një periudhë kohe të gjatë, sepse kjo gjë më shumë i lodh muskujt sesa i vë në punë.

Kontraktimi dhe relaksimi i muskulit katërkrerësh (kudriceps)

Rekomandohen ushtrime izometrike që ta përgatisësh pacientin për ecje dhe ngjitje të shkallëve. Ushtrimet kryhen si më poshte:

- Tregoji pacientit të mbledh muskujt e femurit duke tërhequr kupën e gjurit.
- Të mbledhë muskujt për disa sekonda pastaj ti lërë të lirë për disa sekonda.
- Të krijojë një ritëm të barabartë mbledhje/tkurje dhe lëshim të muskujve.
- Numëro ngadalë deri në katër për cdo kontraksion dhe lirim të muskujve.
- Kontrakto dhe liro muskujt 2-3 herë cdo orë por jo deri në lodhje.

Pozicioni kur pacienti rri ulur në buzë të krevatit me këmbët varur

Një ushtrim tjetër që ndihmon në përgatitjen e pacientit për ngritjen nga krevati është edhe ky pozicion (ulur në buzë të krevatit me këmbët varur poshtë).

Pacienti vendoset në buzë të krevatit me këmbët në dysheme ose tek këmba e ndonjë stoli.

Ushtrimet kryhen në këtë mënyrë :

- Vendose pacientin në pozicion Foler (pozicion gjysmë shtrirë) për pak minuta që të mësohet me pozicionin ulur. Kjo ndihmon në parandalimin e të fiktit.
- Lëvize pacientin drejt buzës së krevatit afër jush, pra në këtë rast personi përkujdesës zgjatet dhe tendoset kur kthen pacientin.
- Ule krevatin poshtë ose vendos një stol ku pacienti të vendosë këmbët. Rrotulloje pacientin nga pozicioni gjysmë shtrirë deri tek buza e krevatit duke e mbajtur nga duart dhe shpatullat.
- Personi përkujdesës ndihmon pacientin të vari këmbët nga krevati në buzë të tij. Pacienti mund ti vendosë duart mbi shpatullat e personit përkujdesës.
- Lëri këmbët e pacientit mbi dysheme ose ndonjë stol.
- Mba pacientin dhe rri gati që ta shtrish atë nëse ka ndjnjën e të fiktit ose ka të rrahura të shpejta pulsi.

Tema 9. Përdorimi i mjeteve ndihmëse

Shufrat paralele

Disa qëndra shëndeti kanë shufra paralele që ndihmojnë pacientin të eci. Pacienti shtrëngon fort shufrën në njërën nga anët e tij dhe fillon të eci ngaqë e mbështet veten mbi shufra. Kur shufrat paralele nuk janë të disponueshme atëhere përdor dy mobilje që janë stabël, të qëndrueshëm.

Përdorimi i patericave për ecje

Terapisti ndihmon pacientin sit ë përdor patericat. Është e rëndësishme që personi përkujdesës të kuptojë si pacienti përdor patericat me qëllim që ta ndihmojë pasi I janë dhënë udhëzimet nga terapisti.

Tipet e patericave

Paterica aksilare (të sqetullave) që vendosen në zonën e sqetullave. Shumica e pacientëve përdorin këtë tip paterice sidomos në fillim dhe përdorimi I saj është I përkoshëm. Një manshetë metali ose një mbajtëse krahu deri tek dora e ndihmon patericën të lëvizë. Ky tip paterice përdoret nga pacientë me përvojë dhe nga ato që do ta përdorin gjithmonë. Këto quhen paterica kanadeze. Një tip tjetër është paterica platform. Është e domosdoshme për pacientët që smund të mbajnë peshë në duart e tyre dhe në kyce. Pacientë të shumtë me artrit I përdorin ato.

Si i merren masat një pacienti për patericë aksilare (sqetull)

Ka dy metoda për masat që duhet ti merren pacientit për patericë aksilare. Shtrijeni pacientin në krevat me shpinë dhe me këpucë. Infermierja mat distancën nga e palosura e zonës së sqetullës ku tek shputa e këmbës shtohet 5 cm ose mat distancën nga e palosura e zonës aksilare deri në 15-20 cm larg thembrës së pacientit. Mbajtësit e duarve rregullohen në mënyrë të tillë që bërryli të përkulët ose të formojë një kënd 30 gradë dhe kyçet përkulen me një shtrirje mjaft të madhe mjaft lehtë. Poshtë patericave vendosen shtresë gome që patericat të mos rreshqasin.

Përgatitjet për ecje me paterica

Disa ushtrime e ndihmojnë pacientin të përgatitet si të eci mbi paterica. Ushtrimet ulje-ngritje forcojnë muskujt e krahëve dhe të shpatullave. Muskujt e dorës forcohen kur shtrëngon fort një top 50 herë në ditë.

Masat që nxisin ushtrimet dhe aktivitetet në situata të vecanta

Kur pacienti është foshnje apo fëmijë :

1. Përdor lodra dhe lojra të lejueshme për moshën që nxisin të ndihmojnë aktivitetin
2. Zgjidhni lodrat që janë të përshtatshme për moshën e fëmijës. Lodra të vogla me pjesë të cmontueshme. Të mos përdoren lodra me majë ose buzë të mprehtë.
3. Zgjidhni aktivitete ku ka siguri. Këto lojra duhet të mbikqyren gjatë gjithë kohës.
4. Zgjidhni aktivitete që janë të përshtatshme për moshën e fëmijës.
5. Përdor sa më pak televizor për aktivitetet në kohën e lirë. Televizori ndikon shumë pak në aktivitetet e fëmijës dhe e stimulon atë shumë pak për imagjinatën.

Kur pacienti është i moshuar

1. Konsideroje sindromën e plogështisë si kërcënim serioz për të moshuarit dhe puno shumë që të ndihmosh pacientin ta parandalojë atë. Shumë të moshuar janë pasiv, të stepur të marrin pjesë në ushtrime dhe programin e aktiviteteve. Bashkëpunimi me pacientin kërkon mrehtësi, shkathtësi.
2. Merr masa paraprake për të parandaluar rrëzimet kur kryhen ushtrimet. Komplikacionet e rrezimit mund të shkaktojnë vdekje tek të moshuarit.
3. Duhet të kemi parasysh se të moshuarit kanë mungesë ekuilibri dhe ulje të sensorëve të përceptimit. Këta faktorë e bëjnë shumë të rëndësishme planifikimin e ushtrimeve dhe aktiviteteve.