



REPUBLIKA E SHQIPËRISË

UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKËSORE TEKNIKE

**DOKTORATURE NE SHKENCAT
INFERMIERORE**

**MENAXHIMI I DHIMBJES NE FEMIJET
NE TERAPIE INTESIVE NE
NEONATOLOGJI DHE KUJDESI
INFERMIEROR.**

Paraqitur nga kandidate

Denisa (BEGO) Veseli

Udhehequr nga

Prof/Ass Ferit ZAVALANI

DISERTACION

MENAXHIMI I DHIMBJES NE FEMIJET NE TERAPINE INTESIVE NE NEONATOLOGJI DHE KUJDESI INFERMIEROR.

TEZA per te fituar graden : *DOKTOR I SHKENCAVE INFERMIERORE*

Paraqitur nga kandidate

Denisa (BEGO) Veseli

Udhehequr nga

Prof/Ass Ferit ZAVALANI

Tirane me 2016

MBROHET ME DATE / /2016

PARA JURISE

1. _____ **KRYETAR**
2. _____ **ANËTAR (OPONENT)**
3. _____ **ANËTAR (OPONENT)**
4. _____ **ANËTAR**
5. _____ **ANËTAR**

" Shpirti është I shëruar duke qendruar me fëmijët " .

Fjodor Dostojevski



“Nuk ka gjë më lehtë të durueshme se sa dhimbja e tjetrit”

Francois de Rochefoucauld

“Por, dhimbja është më e shëmtuara më e rëndë se ç’do e keqe dhe vrazhdësia e saj mbisundon ç’do durim!”

Jon Milton “PSALME

FALENDERIME

Dëshiroj të falenderoj për zemërsisht udhëheqësin tim shkencor, Prof.Asc.Dr Ferit ZAVALANI për mbështetjen dhe inkurajimin e tij të vazhdueshëm përgjatë gjithë periudhës së punimit tim shkencor dhe hartimit të dizertacionit përfundimtar.

Dëshiroj të falenderoj gjithashtu Shërbimin e Reanimacionit NE SUOGJ “Koço Gliozheni”, Tiranë për bashkëpunimin e ngushtë, miqësor dhe dashamirës, si dhe të falenderoj të gjithë kolegët që punojnë në Fakultetin e Infermierisë dhe në QSUT për atmosferën inkurajuese, mbështetëse dhe miqësore në mjedisin e punës.

Një falënderim i veçantë shkon për Dekanatin e Fakultetit dhe sidomos Dekanin Prof.Dr. Petrit Bara, i cili me përkushtimin e tij mundësoi kryerjen e këtij cikli studimi.

Së fundi, falenderimet më të veçanta i'a rezervoj familjes sime, fëmijëve dhe bashkëshortit tim, prindërve dhe të gjithë familjarëve të tjerë të ngushtë për mbështetjen dhe inkurajimin e vazhdueshme përgjatë gjithë periudhës së realizimit të këtij studimi shkencor.

Parathenja

Ky studim ka për qëllim të rris kulturën e kujdesit në stafin infermieror mbi menaxhimin e dhimbjeve tek infanti gjatë procedurave invazive që aplikohen në këto institucione. Te shikojë një nënë duke qarë jashtë dhomës së pacientit ndërsa foshnja qante brenda dhomës duke iu nënshtruar procedurave të dhimbshme, ishte një dilemë e madhe dhe një gjë e vështirë dhe për këto arsye menduam të përdornim disa metoda për të lehtësuar dhimbjen e nënës dhe të fëmijes së bashku, duke i bërë dhe ato pjesëmarrëse në punën tonë të përditshme, gjatë manipulimeve tona.

Megjithatë, hulumtimet se rolin e prindërve në kujdesin e dhimbjes të foshnjave premature nuk ka marrë vëmendjen që meriton. Është e qartë se një rol më të dallueshëm në kujdesin dhimbjeje të foshnjave premature do të mund të përcaktohet për prindërit që kanë shprehur dëshirën për të marrë pjesë në mënyrë aktive në këtë fushë të kujdesit për foshnjat e tyre. Pjesëmarrja aktive e prindërve në kujdesin e dhimbjes mund të përmirësojë cilësinë e kujdesit të foshnjave parakohe gjatë disa javëve të para apo muaj të jetës, duke i siguruar një menaxhim më të mirë dhimbjes foshnjore dhe përgatitjen e prindërve për jetën pas daljes nga spitali. Pretermi ka nevojë për prindërit për të ndihmuar në rregullimin e stresit dhe dhimbjes. Foshnjat premature vuajnë nga dhimbje të patrajtuara pa marrë parasysh se në cilin vend ata jetojnë.

Ky punim përcaktonte disa metoda të rëndësishme për të lehtësuar dhimbjen procedurale që zhvillohet shpesh në kujdesin intensiv. Dhimbje procedurale në foshnjat parakohe është një problem global në kujdesin infermieror.

Perfundimi është e rëndësishme të ndërtojme një metodë efektive, të sigurt dhe të lehtë për t'u përdorur në menaxhimin e dhimbjeve duke bërë të mundur pjesëmarrjen e prindërve në kujdesin dhimbjeje të foshnjave premature. Kështu do të mund të sigurojë përmirësime të prekshme në kujdesin dhimbjeje të foshnjave premature në të gjithë vendin.

Permbajtja

I.	Hyrja	fq 8
II.	Historiku.....	fq.9
III.	Definicioni dhe terminologji	fq.10
IV.	Anatomi.....	fq.11
V.	Fiziologji.....	fq.12
VI.	Klasifikimi.....	fq.13
VII.	Mitet dhe te vertetat per dhimbjen e femijeve	fq.15
VIII.	Diagnostikimi I dhimbjes tek femijet.....	fq.16
IX.	Shkallet e matjes se dhimbjes tek femijet,sipas grupmoshave.....	fq.17
X.	Menaxhimi.....	fq.24
XI.	Kujdes i infermieror	fq.29
XII.	Diagnozat infermierore	fq.30
XIII.	Zbatimi dhe kerkimet e ardhshme.....	fq.35
XIV.	Materjali dhe Metoda.....	fq .36
XV.	Analiza Statistikore.....	fq .37
XVI.	Objektivi dhe Qellimi I studimit.....	fq.38
XVII.	Rezultatet e studimit	fq 41
XVIII.	Diskutimi	fq .59
XIX.	Konkluzionet.....	fq .71
XX.	Rekomandimet	fq .72
XXI.	Bibliografia.....	fq .73.
XXII.	Abstrakti	fq77

HYRJE

Dhimbja është një fenomen kompleks që ka marrë vemendje të madhe në Pediatri, veçanërisht në fëmijet e shtruar në repartet e terapive intensive të neonatologjisë, pediatrikës dhe kirurgjisë infantile.

Dhimbja është një simptomë e shpeshtë në rrjedhën e sëmundjes: shpesh shenjë e rëndësishme për diagnozën fillestare, faktor i ndjeshëm në përcaktimin e evolucionit pozitiv ose negativ, prezencë e pamohueshme gjatë procedurave të shumta diagnostikuese ose mjekuese dhe shfaqje konstante frike dhe ankthi për gjithçka cka sëmundja sjell.(1,2,3,) Është e sigurtë tashmë, që nuk ekzistojnë limite moshë në perceptimin e dhimbjes. Duke u nisur nga tremujori i dytë I shtatzanisë, fëmija ka struktura anatomike dhe neurokimike të përshtatshme për të perceptuar dhimbjen dhe që në moshën neonatale ekziston një "kujtesë për dhimbjen". Janë pasojat afatshkurter (perkeqesim klinik, komplikacion, zgjatje e shtrimit në spital...) dhe afatgjatë (dhimbje kronike, probleme psiko-relacionale...) të provokuara nga stimulime nociceptive të perseritura në moshën neonatale-pediatrike, të pa mbuluara në mënyrë të përshtatshme me terapi antalgjike. (1,2,3,)

Keto janë disa nga arsyet pse është e nevojshme të vlerësohet dhimbjen dhe ta trajtohet në mënyrën e duhur, në të gjithë fëmijet dhe në të gjitha situatat në të cilat ky simptom mund të manifestohet.

Mjetet ekzistojnë: në vitet e fundit njohuritë e mbledhura rreth dhimbjes neonatale dhe pediatrike janë të shumta sa për të siguruar një mjekim antalgjik korrekt dhe efikas në pothuajse në të gjitha rastet. Por realisht, në klinikat aktuale situata është larg mundësive reale. Ura midis njohurive shkencore të disponueshme dhe sjelljes së observuar, identifikon një problem të rëndësishëm të rënies së kërkimeve mbi çështjet e kurave. Nuk ekziston një masë objektive e dhimbjes, ajo nuk mund të përcaktohet, identifikohet ose të matet saktësisht nga një observues. Studimi i dhimbjes kohët e fundit ka tërhequr shumë fusha duke përfshirë këtu : mjekët anestezistë, stomatologët, farmacinë, neurobiologjinë, infermierinë, fizioterapinë dhe psikologjinë. Në moshën dhe në stadin e ndryshme zhvillimi, fëmijet përjetojnë dhimbjen në mënyra të ndryshme. Vlerësimi i dhimbjes dhe trajtimi i saj bëhet mbi disa të dhëna klinike baze. Personeli mjekësor duhet të njohë shenjat që jep dhimbja duke futur sjelljen e fëmijes, pozicionin që mban, përgjigjen motorë, ekspresionin e fytyrës, leshimin e klithmave jo verbale që tregojnë prezencën, lokalizimin dhe gravitetin e dhimbjes.(1,2,3,)

HISTORIKU (53,54)

Fjala “dhimbje” derivon nga fjala latine “poena” qe do te thote denim. Eksperienca e dhimbjes eshte thelbesore dhe ka gene pjese e zhvillimit kulturor e te gjitha shoqerive.

Ne lashtesi dhimbja konsiderohej nje eksperience emocionale, jo sensore. E tille pershkruhej nga Platoni dhe Aristoteli. Ndryshe nga keta me siper, Hipokrati mendonte se dhimbja shkaktohej nga nje disbalance ne fluidet vitale humane. Pra ne kete periudhe asnje prej filozofeve nuk mendonte se dhimbja lidhej me trurin por njihnin zemren si organin qendror per ndjesine e dhimbjes. Dhimbja perceptohej ne zemer. **Ne shekullin XI**, Avicenna hodhi teorine se ekzistonin disa ndjesi sensore (shqisa) si prekja, dhimbja etj. Pavarsisht kesaj, dhimbja perseri nuk kuptohej sakte. **Teoria me e rendesishme** dhe thellesisht mekanike ne periudhen moderne te hershme vjen nga filozofi francez Rene Descartes. Ne 1664 ai hodhi teorine se trupi human eshte i ngjashem me nje makineri dhe dhimbja eshte nje shqetesim qe kalon pergjate fibrave nervore derisa arrin trurin. Ne konceptin e tij, hamendesimi i meparshem se dhimbja perfaqesohet nga zemra ishte i pasakte dhe ne teorine e tij truri merr rolin e zemres. Kjo teori transformoi perceptimin e dhimbjes nga nje ndjesi spirituale ne nje ndjesi fizike, mekanike qe nenkuptonte se mund te gjehej nje kure per dhimbjen duke lokalizuar fibrat nervore te dhimbjes brenda trupit te njeriut. Pervec se te qenit e njeanshme, (ose si pasoje e kesaj), teoria e Descartes hapi rrugen e zhvillimit te neuroshkences, per te shpjeguar mekanizmat e dhimbjes. Nese barnat mjekesore nuk ishin zbuluar akoma ose nuk mund te gjendeshin, atehere ingrediente me permbajtje bimore dhe shtazore duheshin perdorur per te lehtesuar dhimbjen. Vecanerisht, te diturit qe opiumi ka efekt analgjezik, ishte mjaft e perhapur ne shoqerite antike e sidomos ne Egjipt. Per nje kohe te gjate opiumi eshte perdoruar ne nje sere preparatesh, por permbajtjesit e tij kimike nuk njiheshin. Nje epoke e re hyri me zbulimin e receptoreve opioide dhe kimikateve endogjene qe kishin **aktivitet analgjezik**. Izolimi i morfines nga opiumi alkaloid, u be per here te pare ne 1803 nga farmacisti gjerman Friedrich Wilhelm Serturmer (1783-1806). Ai e quajti Morfine nga Perendia Greke e Endrrave, Morpheus. Prodhimi industrial i Morfines filloi ne Gjermani ne vitet 1820 dhe ne Shtetet e Bashkuara te Amerikes ne vitet 1830. Gjate fundit te shekullit 18- te dhe mesit te shekulli 19-te, shkencat natyrore moren rolin kryesor ne mjekesine perendimore. Kjo periudhe shenoi edhe fillimin e periudhes se teorive fizpatologjike te dhimbjes dhe njohurite shkencore ne lidhje me dhimbjen u shtuan hap pas hapi. Zbulimi i medikamenteve dhe gazeve mjeksore ishte themeli i mjeksise moderne sepse lejoi permiresime ne trajtimin mjeksor. Ishte anestezia moderne ne vecanti qe promovoi zhvillimin e kirurgjise. Anestezia e pergjithshme me eter u krye me sukses per here te pare ne Boston, me 16 Tetor 1846, nga mjeku **William Tomas Morton (1819-1868)**. Per me teper inovacionet ne fushen e dhimbjes vazhduan. Ne Viene, mjeku Carl Coller (1857-1944) zbuloi vetite anestetike te kokaines ne vitin 1884. Ne 1888 neurologu amerikan James Leonard Corninng (1855-1923) dhe kirurgu gjerman August Bier (1861-1949) provuan realizimin e anestezise spinale me solucion kokaine. Gjate viteve 1990, studimet treguan diferencat ne sjellje dhe perceptimin e dhimbjes.. Te kuptuarit e dhimbjes pra, si nje problem shendetesor madhor, ka kaluar neper nje rruge te gjate.

DEFINICIONI I DHIMBJES

Sipas WHO (World Health Organisation), dhimbja është një ndjesi e pakëndshme sensoriale apo emocionale, pra me natyrë fizike ose emocionale, gjithnjë subjektive, e lidhur ose jo me një dëmtim indor. (55,56) Mund të themi se është një fenomen multidimensional pasi në thelb të saj qëndrojnë disa komponente: (56)

1. komponenti afektiv (emocionet)
2. komponenti i sjelljes (përgjigja e pacientit ndaj dhimbjes)
3. komponenti konjitiv (besimet, qëndrimi kulturor dhe shpirtëror për dhimbjen dhe kontrollin e saj)
4. komponenti fiziologjik (transmetimi i stimulit në sistemin tru)
5. komponenti sensor (menyra si ndjehet dhe përjetohet dhimbja)

Komponentet 1, 2, 3 përbejnë 3 dimensionet e dhimbjes duke i dhënë edhe emrin multidimensional. Të 3 ndikojnë në mënyrën si përjetohet dhimbja (komponenti 5) duke modifikuar transmetimin e stimulit në tru (komponenti 4)

Dhimbja është një faktor shumë individual. Çdo person është i ndryshëm. Për shembull, i njëjti dëmtim fizik mund të provokojë një dhimbje e cila është e ndryshme sa herë që ajo aplikohet.

Dhimbja është ndjesia e pakëndshme e cila është e pranishme kur vrasim gishtin e këmbës, kur pesojmë djegie në gishta, kur vendosim jod në goditje etj. (46, 45, 56)

Dhimbja na motivon në që të tërhiqemi nga situata që mund të na shkaktojnë dëmtime, të mbrojmë pjesët e dëmtuara të trupit derisa ato të shërohen dhe gjithashtu të shmangim situata të tilla në të ardhmen. Kjo tregohet nga stimulimi i receptorëve në sistemin nervor periferik ose nga dëmtimi dhe keqfunksionimi i sistemit nervor qendror dhe periferik. Dhimbjet më të shumta shërohen me shpejtësi dhe saktësi në të njëjtën kohë kur nxitja e dhimbjes është larguar dhe trupi është shëruar por shpeshherë dhimbja përsëritet, vazhdon edhe pas largimit të nxitjes së saj që dmth pas largimit të dëmtimit fizik që një person mund të ketë, pas shërimit fizik. Ilaçi i dhimbjes është respektivisht nën specialitetet mjekësore të anesteziës, neurologjisë, psikiatrisë.

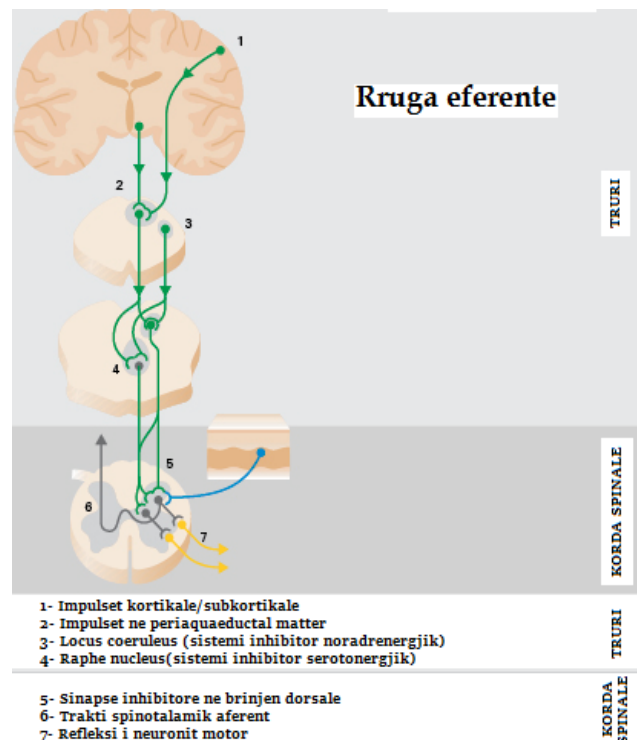
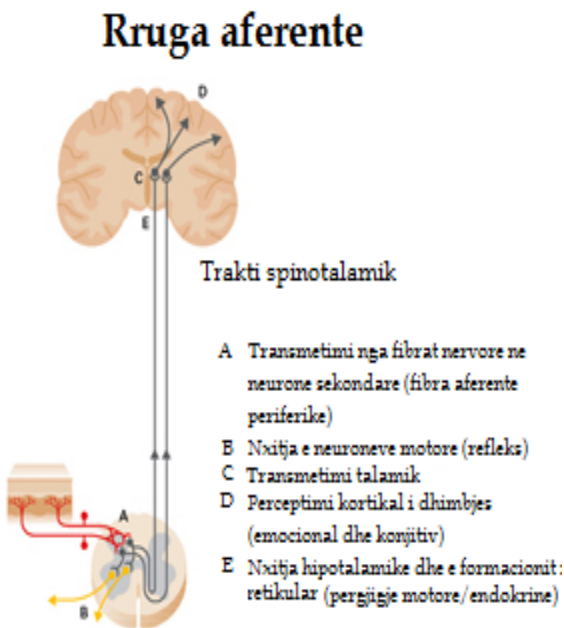
TERMINOLOGJI LIDHUR ME DHIMBJEN (56)

Termi	Pershkrimi
Allodynia	Perceptimi i dhimbjes nga një stimul jo i dhimbshëm i lekures
Analgjezia	Mungese e perceptimit të dhimbjes nga një stimul i dhimbshëm
Anesthesia	Mungese e të gjitha ndjesive
Anesthesia dolorosa	Dhimbje në një zonë të mpire (anestezike) pra në një zonë pa sensacion
Dysesthesia	Ndjesi e pakëndshme me apo pa stimul (ndjeshmeri anormale)
Hypo/Hyperalgesia	Ulje/Rritje e perceptimit të dhimbjes ndaj stimujve të dhimbshëm
Hyperesthesia	Ndjeshmeri e rritur ndaj stimulimit, sidomos në lekure
Hypoesthesia	Ulje e ndjeshmerisë ndaj stimulimit, sidomos kutane
Parasthesia	Ndjeshmeri anormale e perceptuar pa asnjë stimul
Neuralgia	Dhimbje përgjatë rrugës së nervave
Radiculopathy	Anomali në radikset nervore

ANATOMIA E DHIMBJES (56,57,58)

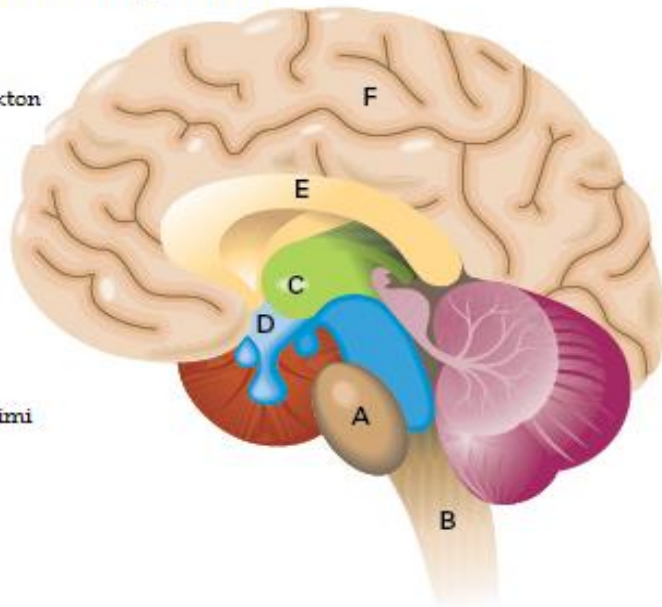
Pjesa e sistemit nervor pergjegjese per ndjeshmerine dhe perceptimin e dhimbjes mund te ndahet ne 3perberes: rruget aferente(ngjitese), SNQ(sistemi nervor qendror), rruget eferente (zbritese).

- ✚ Rruga aferente perbehet nga:
 - nociceptoret(receptoret e dhimbjes),
 - fibrat nervore aferente
 - korda spinale.
- ✚ SNQ perfshire ne perceptimin e dhimbjes perbehet nga :
 - sistemi limbik
 - formacionet retikulare
 - talamusi dhe hipotalamusi
 - medulla oblongata
 - korteksi sensor
- ✚ Rruga eferente perbehet nga:
 - fibrat qe lidhin formacionet retikulare
 - truri I mesem
 - substanca xhelatinoze.



Sistemi Nervor Qendror

- A) **Formacioni retikular**
ndikon ne vetedije, dhimbja mesatare rrit perqendrimin ndersa dhimbja e rende shkakton humbje te vetedijes
- B) **Medula oblongata**
ndit qendren respiratore dhe kardiovaskulare
- C) **Talamusi**
ben shperndarjen e sinjaleve ne zona te ndryshme te trurit, duke perfshire transmetimin ne korteksin cerebral.
- D) **Hipotalamusi dhe gjendra hipofizare**
pergjigje endokrine apo hormonale (psh clirimi i beta-endorfinave)
- E) **Sistemi limbik**
rregullon pergjigjet emocionale ndaj dhumbjes
- F) **Korteksi cerebral**
perceptimi i dhimbjes

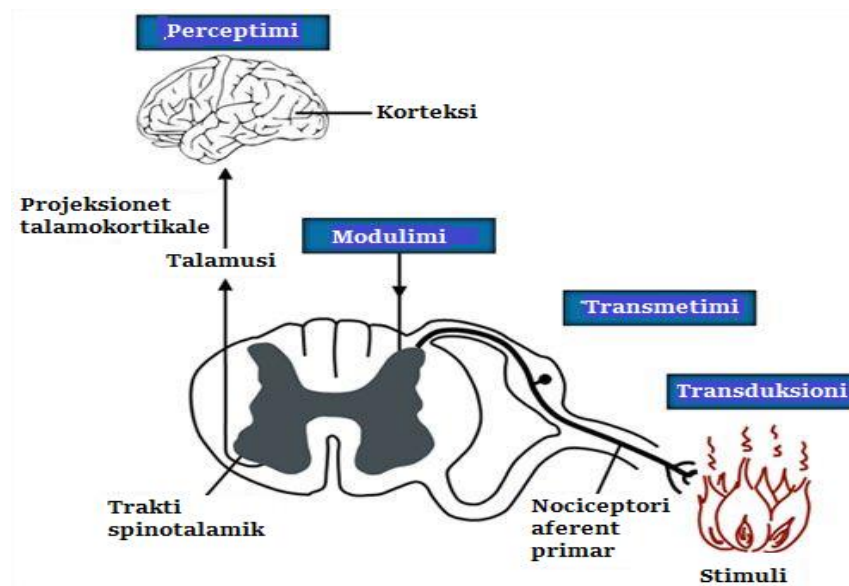


FIZIOLOGJIA E DHIMBJES (9, 57,58)

Nga ana fiziologjike dhimbja kalon ne 4 faza:

- a. Transduksioni (formimi I sinjalit pra kthimi I stimulit ne potencial veprimi)
 - b. Transmetimi (nepermjet sistemit nervor periferik ne sistemin nervor qendror)
 - c. Perceptimi(interpretimi per kete sinjal)
 - d. Modulimi (procesimi I sinjalit)
-
- a. Stimuli,I cili mund te jete stimul kimik, mekanik, elektrik apo termal (presion, nje demtim I indeve te pjeseve te ndryshme te trupit, etj) shkakton clirimin e mediatoreve kimike nga indi I demtuar duke perfshire prostaglandinen,bradikininin,histaminen,substancen P,serotoninin. Keto mediatore kimike aktivizojne nociceptoret pra I bejne ata sensitive ndaj stimulit. Ne menyre qe te gjenerohet impulsi i dhimbjes, ndodh nje shkembim midis joneve Natrium dhe Kalium (depolarizim dhe repolarizim) ne membrane qelizore. Kjo rezulton ne nje potencial veprimi dhe gjenerimin e impulsit te dhimbjes.
 - b. Transmetimi I sinjalit nis nga nociceptoret, ku nepermjet fibrave C me A-delta, transmetohet ne brinjës dorsal te kordes spinale. Ndodh nje sinaps midis fundit te fibrave C dhe A-delta dhe neuronit nociceptiv ne brinjen dorsale (NDHN).Ne menyre qe te ndodhe transmetimi I impulsit ne kete neuron sekondar (NDHN), clirohen neurotransmetues nxites te cilet lidhen me receptore specifike tek NDHN. Keto neurotransmetues jane: ATP, Glutamati, NO (oksidi nitrik), bradikinina, substance P, peptidi I lidhur me genin e calcitonines. Impulsi I dhimbjes me pas transmetohet nga korda spinale ne thalamus nepermjet rrugeve spinotalamike.Truri nuk ka nje qender te caktuar per dhimbjen, ndaj kur impulset arrijne ne thalamus ato drejtohen drejt disa zonave te trurit ku impulse procesohet.

- c. Perceptimi I dhimbjes eshte rezultati final I aktivitetit neuronal per transmetimin e dhimbjes dhe dhimbja behet nje experience ose ndjesi multidimensionale, e vetedijshme. Kur stimujt e dhimbshem transmetohen ne thalamus, zona kortikale multiple (Formacionet retikulare, korteksi somatosensor, sistemi limbik) aktivizohen dhe japin pergjigjen.
- d. Modulimi I dhimbjes perfshin ndryshimin e transmetimit te impulseve te dhimbjes ne korden spinale. Rruget e perfshira ne modulimin e dhimbjes quhen rruge modulare deshendente (zbritese) te dhimbjes dhe mund te cojne ne rritje te transmetimit te impulsit te dhimbjes (nxitese) ose ne ulje te transmetimit (inhibitore). Inhibicioni deshendent perfshin clirimin e neurotransmetuesve inhibitor parciale ose te plote qe bllokojne pjeserisht ose plotesisht transmetimin e impulseve te dhimbjes, duke sjelle keshtu analgjezi. Neurotransmetuesit inhibitor qe perfshihen ne modulimin e dhimbjes jane: opioidet endogjene (enkefalina dhe endorfina, te cilat gjenden ne SNQ dhe parandalojne clirimin e disa neurotransmetuesve nxites si psh substance P duke bllokuar keshtu transmetimin e impulsit); serotoninina (5-HT); noradrenalina, GABA, neurotensina, acetilkolina, oksitocina. Modulimi endogjen I dhimbjes shpjegon variacionet e shumta ne perceptimin e dhimbjes ne persona te ndryshem duke ditur qe individet prodhojne sasi te ndryshme te ketyre neurotransmetuesve inhibitor.



KLASIFIKIMI I DHIMBJES TEK FEMIJET(59)

Perdoren disa sisteme klasifikimi per dhimbjen:

I. Bazuar ne mekanizmat fisiopatologjike te dhimbjes

- Dhimbja nociceptive (Dhimbja qe shkaktohet nga prezenca e stimujve te dhimbshem)
- Dhimbja neuropatike (Dhimbja e shkakuar nga nje lesion primar ose disfunkcion i SN)
- Dhimbja psikogjenike (Dhimbja e shkakuar nga nje vuajtje mendore, jo nga shkak fiziologjik)
- Dhimbje mikse (Dhimbje e perbere nga dy tipe te mesiperme si psh nociceptive+neuropatke)

II. Bazuar ne kohezgjatjen e dhimbjes

-Dhimbja akute (dhimbja qe zgjat me pak se 30 dite)

-Dhimbja kronike (dhimbja qe zgjat me shume se 3-6 muaj)

-Dhimbje rekurrente(Dhimbje qe ndodh me episode per nje periudhe te gjate kohe dhe femija mund te jete pa dhimbje midis ketyre episodeve te dhimbshem)

Dhimbja zakonisht zgjat për një kohe të shkurtër, zgjat vetëm derisa stimuluesi i dëmshëm të jete larguar, patologjia është shëruar po disa kushte të dhimbshme siç janë : artritet reumatoide, neuropatite periferike, kanceri, dhimbjet idiopatike dmth qe nuk iu njihet shkaku, mund të përsëriten vazhdimisht për vite me rradhe. Dhimbja qe zgjat për një kohe të gjate dhe vazhdueshëm quhet dhimbje kronike ndërsa ajo qe kalon për një kohe të shkurtër quhet dhimbje acute. Tradicionalisht ndarja midis dhimbjes kronike dhe asaj akute është mbështetur ne kohen ne te cilën ajo fillon. Dy shënjesit me te zakonshëm te përdorur janë 3 muaj dhe 6 muaj qe nga fillimi i dhimbjes, megjithëse disa teoricienë dhe kërkues te fushës kane vendosur kalimin nga dhimbje akute ne kronike ne 12 muaj. Të tjerë pohojnë se dhimbja akute është ajo e cila zgjat me pak se 30 dite dhe kronike është ajo qe zgjat më shume se 6 muaj, ndërsa ajo dhimbje qe zgjat nga 1-6 muaj është përkufizuar si nen-akute. Një përcaktim i njohur për dhimbjen kronike është ajo dhimbje qe shërohet për një kohe me te gjate se koha e parashikueshme e shërimit. (4,5,6)

III. Bazuar ne etiologjine e dhimbjes

-malinje

-jomalinje

IV. Bazuar ne lokalizimin anatomik te dhimbjes

Dhimbja mund te klasifikohet lidhur me sistemet e trupit duke përfshire ato : miofaciale (muskujt e faqeve), reumatik, neurologjike ose vaskulare ose është vende te ndryshme te trupit te njeriut, si dhimbja e kokës, dhimbja pelvike etj. (4,5,6)

Dhimbja te femijet vjen si rezultat I traumave apo demtimeve ne pjese te ndryshme te trupit. Mund dhe te shkaktohet nga:

Semundjet: dhimbja mund te jete nje sinjal qe ne trupin e femijes ka nje dhimbje te vazhdueshme apo nje demtim I ndonje organi. Ajo cka mund te shkaktoje dhimbje jane semundje te ndryshme si kanceri, demtim I nervave apo demtim I sistemit imunitar. Femijet qe trajtohen me kimioterapi mund te perjetojne dhimbje me te medha. [20.21]

Procedurat mjeksore apo operacionet: kjo perfshin analizat e gjakut, kujdesi per dhembet, apo mjekimi i nje carjeje te lekures. Procedurat kirurgjikale me te medha shkaktojne me shume dhimbje dhe kerkojne kontrollim te dhimbjes pas nderhyrjes kirurgjikale. [4]

Demtimit fizike: pershin dhimjet e shkaktuara nga rrezimet, perplasjet, goditjet dhe carjet, djegiet, etj. (8,9)

MITET DHE TE VERTETAT E DHIMBJES TEK FEMIJET(60)

Mitet	Te vertetat
Infantet nuk ndejne dhimbje	SNQ i nje fetusi 26 javesh zoteron kapacitetet anatomike dhe neurokimike te ndjerjes se dhimbjes.
Femijet behen lehtesisht te varur nga narkoza	Me pak se 1% e femijeve te trajtuar me opioide zhvillojne adiksionin(varesine).Opioidet nuk jane me te rrezikshem per femijet sesa per te rriturit kur ato administrohen ne menyren e duhur.
Femijet e tolerojne dhimbjen me mire se adultet	Femijet e vegjel perjetojne nivele me te larta te dhimbjes sesa femijet me te medhenj.Toleranca e femijeve per dhimbjen rritet me moshen.
Femijet jane te paafte te te thone dhimbjen e tyre	Femijet mund te mos jene te afte te shprehin dhimbjen ne te njejten menyre me te rriturit. Por e tregojne me te dhena fiziologjike dhe te sjelljes ose mund ta zbulojme me perdorimin sakte te shkalleve te dhimbjes; ata mund te tregojne zonen e trupit ku po e perjetojne dhimbjen ose mund te pikturojne nje piktore ku te ilustrrojne perceptimin e tyre per dhimbjen.
Femijet mesohen me dhimbjen dhe me procedurat e dhimbshme	Femijet e ekspozuar me procedura diagnostike te perseritura shpesh perjetojne rritje te ankthit dhe perceptimit te dhimbjes me perseritjen e procedures.
Femijet do te te thone kur jane duke perjetuar dhimbje	Femijet mund te mos e raportojne dhimbjen nga frika e administrimit te analgjezikeve te dhimbshem (injeksioneve) ose nga frika e kthimit ne spital. Femijet qe kane perjetuar dhimbje kronike mund te mos e kuptojne qe po perjetojne nje dhimbje. Femijet e vegjel mund te mos kene aftesite e nevojshme komunikuese ose te tjere mund te mendojne qe seshte e nevojshme tu thone mjekeve per dhimbjen.
Sjellja e femijeve reflekton intensitetin e dhimbjes	Femijet jane unike ne menyre e tyre te te kopjuarit. Sjellja e tyre nuk eshte nje tregues specifik per nivelin e dhimbjes. Nje femije qe eshte duke perjetuar dhimbje mund te jete aktiv dhe duke luajtur “normalisht”. Per shembull , nje femije i moshes shkollore mund te tentoje te beje aktivitetin e tij te preferuar ne menyre qe te heqe vemendjen nga dhimbja, sesa te rrije shtrire ne krevat.

DIAGNOSTIKIMI I DHIMBJES TEK FEMIJET

Si pergjigjet femija ndaj dhimbjes? (4,5,6,7,8, 10)

Vlerësimi i sjelljes : Femijet qe flasin mund te te tregojne saktesisht vendodhjen, intensitetin madje dhe kohezgjatjen e dhimbjes. Te foshnjat dhe femijet fare te vegjel eshte e veshtire te kuptojme cfare ndjejne. Shume femije mund te mohojne dhimbjen per te treguar kurajo apo per ti shpetuar nje trajtimi. Megjithese ndryshimet në sjellje jo gjithmonë do të thotë që fëmija ka dhimbje. Ndonjëherë tregojne diçka tjeter si : uria, të ftohtë ose ethe. Të gjithë fëmijët janë të ndryshem për mënyrën se si dhimbja ndikon ne sjelljen e tyre. Për këtë arsye, jane prindërit qe shpesh mund të shohin ndryshimet e shkaktuara nga dhimbjet menjëherë edhe më shumë se një mjek ose infermier (7,8,9). Nder ndryshimet e sjelljes se femijeve permendim:

- Te qara me ze te larte ne me te shumten e kohes.
- Mos ndryshimi I pozicionit ne menyre qe te shmange dhimbjen apo pozicionimin e trupit ne menyre qe te mos dhembe. I shmanget prekjeve ne pjesen e trupit qe dhemb dhe merzitet nese preket ne pjesen e dhimbshme. Prek, ferkon ose masazhon pjesen qe dhemb.
- Pakesimi I oreksit.
- Femija s'ndihet konfort dhe leviz shume rrotull vetes.
- Fle me shume ose me pak se zakonisht.

Ndryshime fiziologjike/ autonome	Ndryshimet e sjelljes	Ndryshimet metabolike/hormonale
-Variacione ne frekuence kardiake/frekuence respiratore -Fluktuacione ne presionin e gjakut -Rritje e presionit intrakranial -Rritje/Ulje e tonusit muskular -Desaturim i oksigjenit -Rritje e kerkeses per oksigjen -Eriteme palmare -Zbehtesi/Skuqje	-Shprehje te fytyres (ngerdheshje, dridhje e mjekres, mbyllje e shtrenguar e syve, ngritje e vetulles) -E qare, -Nuk ha me deshire -Levizje e trupit (hiper/ hipotonicitet, mbledhje grushti, terheqje e gjymtyres, mbulojne pjese te trupit per ta mbrojtur ate) -Ndryshime ne ciklin gjume- zgjim, ne aktivizim, irritabilitet, tekanjos.	-Rritje te endorfinave, e GH, epinefrines, norepinefrines. -Ulje ne sekretimin e insulinës -Rritje e sekretimit te kortizolit, glukagonit, aldosteronit qe sjell rritje te glukozes, laktatit, ketoneve ne serum gje qe mund te sjelle acidoze laktike.

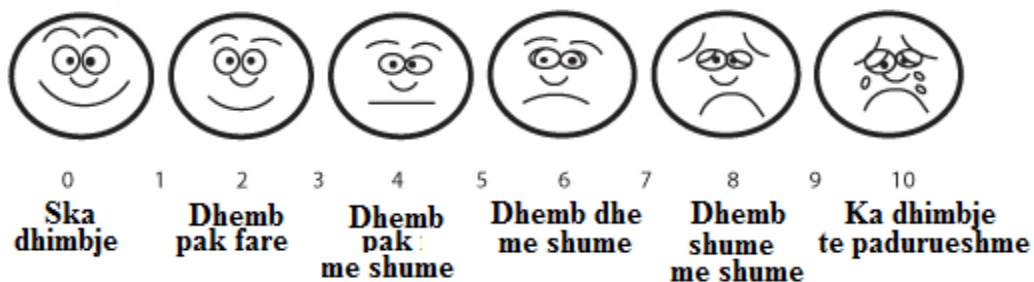
Menyra te tjera te matjes se nivelit te dhimbjes kemi: [10]

- Trupi si nje mjet skicuese: femija vizaton ose shenon me x ne vizatimin e trupit te nje femije zonen qe atij I dhemb.
- Letra Pokeri I: perdoren kater letra pokeri . 1 leter perfaqson pak dhimbje dhe kater te tilla nje dhimbje shume te madhe.
- Shkallet e dhimbjes(fytyrat,numerike, PIPP, NFCS, NIPS, CRIES, FLACC, CHEOPS, VAS etj)

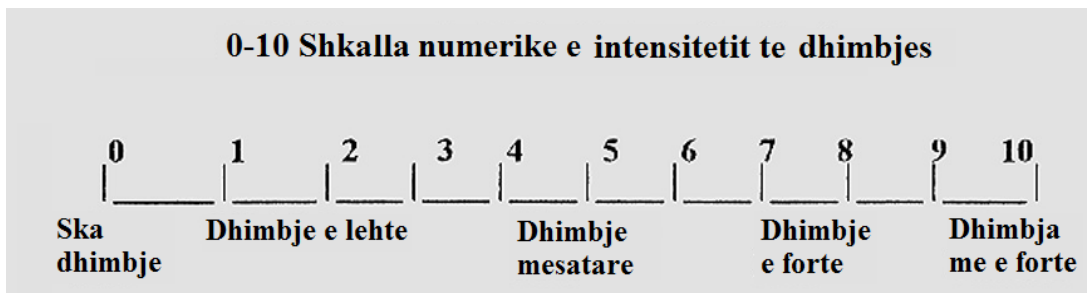
SHKALLET E MATJES SE DHIMBJES SIPAS GRUPMOSHAVE

Mosha	Shkalla	Pershkrimi	
Premature dhe termi	Profile I dhimbjes tek premature dhe infanti (PIPP)	Mosha e barres , shikohen sjelljes para stimul dhimbshme, ndryshimi në vlerat e punes se zemrës gjatë stimulimit, ndryshimi të ngopjes me oksigjen, balli fryrje,sy te shtrydhur, rrudh hunden dhe gojen	(14,21)
Pretermi dhe infanti ne term.	Sistemi I kodimit facial neonatal (NFCS)	Fryrje te ballit , shtrëngim I syve, rrudh nasolabial, buzët e hapura, gojën e shtrirë (horizontale ose vertikale), dridhje te gjuhës, buzës dhe mjekrës	(18)
Pretermi dhe termi	Shkalla e dhimbjes se infantit neonat (NIPS)	Fytyra, qajne, menyra e frymëmarrje, leviz krahët, këmbët dhe shikohet gjendjen e zgjimit	(20)
32–60 javesh	E qara(C), Kerkesa per oksigjen (R), Rritje e shenjave vitale (I), Shprehja (E),Gjumi(S)-(CRIES)	Shikohet e qara, rritja vlerave te shenjave vitale, kerkesa per oksigjen dhe pagjumesia .	(15)
Infanti	Sistemi I Kodifikimit te levizjeve faciale maksimale (MAX)	Leviz ballin, syte, dhe gojen.	(23.16)
1–7 vjec	Shkalla e dhimbjes sipas Chidren’s Hospital of Eastern Ontario (CHEOPS)	E qara, fytyra, levizjet e fytyrës se fëmijë, te trupit , prekjet , këmbët.	(28)
2muaj -7 vjec	Fytyra(F), Kembet(L), Aktiviteti (A), E qara (C), Qetesia (C)-(FLACC)	Fytyra, kembet, aktiviteti, e qara, qetesia	(17)
1-5 vjec	Shkalla e dhimbjes postoperative Toddler-Preschooler (TPPPS)	Shprehja vokale ,shprehja faciale dhe trupore e dhimbjes	
1-4 vjec	Shkalla e dhimbjes vezhguese	Shprehja faciale,e qara, frymemarrja,krahët dhe gishtat, kembet dhe gishtat e saj,gjendja e gjumit.	
1-6 vjec	Sistemi I kodimit facial te femijes (CFCS)	Vetull e ulur, shtrengim I syrit,rrudhe nazale, rrudhe nazolabiale, ngritje e mollezave, buze te hapura, ngritje e buzës se sipërme,terheqje e kendit te buzës, terheqje vertikale ose horizontale e gojes	
3-7 vjec	Shkalla COMFORT	Qetesi/axhtim, pergjigja respiratore, levizja fizike, presioni I gjakut, frekuenca kardiake, tonusi muscular, tensioni facial.	
>3 vjec	Shkalla faciale e dhimbjes	Paraqitja e fytyrave qe shprehin dhimbjen	
3-13vjec	Shkalla vezhguese e ankthit ne sjellje (OSBD)	11 sjellje lidhur me dhimbjes dhe/ose ankthin	
4-13vjec	Perdorimi letrave te pokerit	Perdorimi I tyre per te shprehur intensitetin e dhimbjes	
>5vjec	Shkalla Oucher	Fytyrat shprehese te dhimbjes qe I korrespondojne intensitetit te dhimbjes.	
7 vjec	Shkalla vizuale analoge(VAS)	Intensiteti I dhimbjes (numerik, ngjyre)	
8-17 vjec	Pyetesori per dhimbjen ne pacientin pediatric	Pyetesor rreth vendit te dhimbjes, ndjesia qe ka pacienti,si ndihet pacienti tani dhe kohet e fundit.	
>12 vjec	Pyetesori McGill I dhimbjes	Eksperienca sensore dhe afektive e dhimbjes	

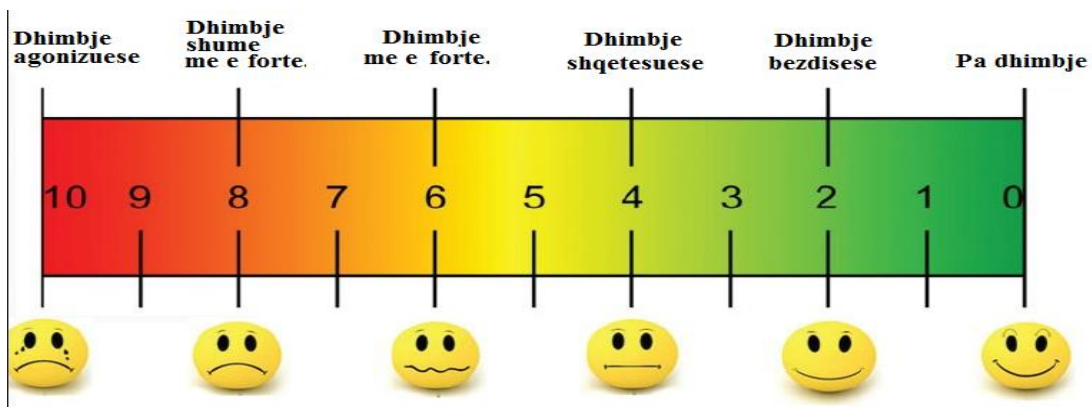
- **Shkalla numerike: (19):** perdoret nje shkalle nga 10 ne 100 per femijet qe dine te numerojne.numrat kane nje shkalle vertikale t e figurave korresponduese per te shprehur mos pasjen e dhimbjes deri te dhimbja me e keqe.
- **Shkallët me fytyra :** (13, 19,24,25): Fëmijes i kërkohet të tregojnë fytyrën që përshkruan më mirë se si dhimbja është në atë kohë. Duke përdorur këtë shkallë, është e dobishme për të zgjeruar fytyrat e deri në atë lartësia qe ka të paktën 6 centimeter.(Pain 1990 41:139-50 - riprodhuar me lejen e autorëve dhe Elsevier) I duhet shpjeguar femijes se cdo fytyre është per nje person qe ndihet I lumtur sepse nuk ndien dhimbje ose I merzitur sepse ka shume dhimbje.[10,11]
 - Fytyra 0 është shumë I lumtur sepse nuk ndien asnjë dhimbje.
 - Fytyra 2 dhemb pak fare
 - Fytyra 4 dhemb pak me shume
 - Fytyra 6 dhemb dhe me shume
 - Fytyra 8 dhemb shume me shume
 - Fytyra 10 ka dhimbje sa smund ta imagjinosh edhe pse është e thënë qe femija te qaje dhe pse ndihet kaq keq. Duhet qe femija te zgjedhe nje fytyre me te cilen ai identifikon dhimbjen e tij. (10,11)



- **Shkallë nga 0 deri 10:** një mënyrë e thjeshtë për të matur dhimbje është të pyesim një fëmijë të madh (moshë 8) të japni vlerësim për dhimbjen e tyre nga 0 në 10 . Zero do të thotë " asnjë dhimbje " dhe 10 duke qenë "dhimbja me e keqe e mundshme . "(7,8,9)



- **Shkalla vizuale analoge VAS, me ngjyra** : mund te perdoren ngjyra te ndryshme per te treguar intensitetin e dhimbjes te femija.



- **Sistemi I kodifikimit te fytyrave Neonatale NFCS:** eshte perdorur per te monitoruar veprimet e fytyres ne te porsalindur. Ai u krijua ne Universitetin e British Columbia, dhe spitali i femijëve British Columbia (17). Sistemi shikon tetë treguesve për të matur intensitetin dhimbje. Treguesit janë të regjistruar në videokasetë, të koduara. Ajo ka qenë provuar dhe eshte e besueshme për kohëzgjatje të shkurtër, dhimbje akute në foshnjat dhe të porsalindurit [18]. Sistemi është gjithashtu e vështirë për të vlerësuar në te porsalindurve te intubuar [19].

NFCS		
Veprimet faciale	0 pike	1 pike
Fryrje e ballit ne nivelin e vetulles	Mungon	Prezente
Shtrengim i syve	Mungon	Prezente
Thellim i brazdes nazolabiale	Mungon	Prezente
Buze te hapura	Mungon	Prezente
Terheqje e gojes (horizontale ose vertikale)	Mungon	Prezente
Tendosje e gjuhes	Mungon	Prezente
Nxjerrje perpara e gjuhes	Mungon	Prezente
Dridhje e mollezave	Mungon	Prezente
Piket maximale jane 8, piket >3 konsiderohen dhimbje		

- **Shkalla e e dhimbjes te fëmijëve neonat NIPS :** u zhvillua në Spitalin e fëmijëve të Ontarios Lindore. Ajo është një mjet i vlerësimit të sjelljes për të matur dhimbjen [20]. Shkalla merr parasysh matjen e dhimbjes para, gjatë dhe pas një procedure të dhimbshme, te shenuara në intervale një minutë. Indikatorët përfshijnë: fytyrën, britmën, model frymëmarrje, krahët, këmbët, dhe gjendjen e zgjimit [20]. Rezultatet janë marrë duke mbledhur pikët për gjashtë treguesit (ku 0 tregon asnjë dhimbje, dhe 2 tregon dhimbje), me një plagë maksimale prej 7 [20]. Ky është një sistem i mirë për të matur përgjigjet për stimuj akute të dhimbshem. Edhe pse ajo ka qenë e vërtetuar plotësisht, do kohë dhe eshte vështirë për tu interpretuar në foshnjat e intubuar. KY Pikesim është përdorur në Patologjinë Neonatale nga lindja deri në 30 ditë.

Shkalla e dhimbjes neonatale	0 pike	1 pike	2 pike
Shprehja e fytyres	e relaksuar	e kontraktuar	-
E qara	mungon	prezente	energjike
Frymemarrja	e relaksuar	e ndryshme nga normalja	-
Krahët	te relaksuar	te fleksuar/te terhequr	-
Kembet	te relaksuar	te fleksuar/te terhequr	-
Gjendja e neonatit	ne gjume/i qete	jo ne rehati	-

Piket maksimale 7 pike, piket >4 pike konsiderohen dhimbje

- **Profile I dhimbjes tek prematuri (PIPP) :** Kjo është një masë zhvilluar në Universitetin e Torontos dhe Universitetin McGill për të vlerësuar dhimbjen akute në te porsalindurit. E përbërë nga 7 tregues qe përfshijnë moshen gestacionale, shenjat e sjelljes para stimulit të dhimbshem, ndryshimi në frekuencen kardiake gjatë stimulimit, ndryshimi në ngopjen me oksigjen, fryrje e ballit gjatë stimulit të dhimbshem, shtrengim i syve gjatë stimulit, dhe brazda nasolabiale gjatë stimulit te dhimbshmem [14]. Prematuri është pare për 15 sek dhe jane regjistruar shenjat vitale. Më pas për 30 sekonda gjatë stimulimit ku janë të regjistruar ndryshimet fiziologjike dhe të fytyrës. Rezultati shkon 0-21, me rezultatin më të lartë që tregon më shumë dhimbje [14].

Indikatorët	0	1	2	3
Mosha (jave) gestacionale	> l = 36	32-36 67	28-31 67	< l = 28
Sjellja	Aktive/ I zgjuar	I qete/Zgjuar	Aktive/ Ne gjume	I qete/Ne gjume
Frekuenca kardiake	0-4 rr/min	5-14 rr/min	15-24 rr/min	>/= 25 rr/min
Saturimi i oksigjenit	Ulje 0-2.4 %	Ulje 2.5-4.9%	Ulje 5-7.4%	Ulje >/= 7.5%
Fryrja ne nivelin e vetullave	--	Minimum	I moderuar	Maksimum
Shtrengimi i syve	--	Minimum	I moderuar	Maksimum
Brazda nazolabiale	--	Minimum	I moderuar	Maksimum

- **Sistem kodimi I levizjeve faciale (MAX):** Eshtë përdorur për foshnjat për të vlerësuar emocionet që lidhen me shprehje të fytyrës. Ajo duket në ballë, sy, dhe lëvizjet e gojës [16, 23]. MAX siguron një sistem për matjen shenjave emocionale, dhe identifikon nëntë emocionet themelore: interesi, gëzim, trishtim, zemërim, neveri, përbuzje, frika nga probleme fizike apo dhe nga dhimbja.
- **Sistemi FLACC (Fytyr, kembe,aktiviteti, te qarat, konsolidimi):** Shkallë me pesë faktorë; për secilin faktor jepet një rezultat nga 0 në 2,maksimumi 10. Nëse intensiteti i dhimbjes është e barabartë me ose më e madhe se 5 kërkon veprim të menjëhershëm. (52)

Pikezimi	0	1	2
Fytyra	Ekspresion neutral ose I qeshur	Ngërdheshje të rastit ose vetullat e rrudhura ose shprehje pa interes	Vrenjte te qerpikëve te Shpeshta e të vazhdueshme, mbyll gojen, dridhje te mjekrës
Kembet	Posizione normale ose te relaksuara	Axhitohet, perkundet para – mbrapa, tensionuar	Gjuan ose tërheq këmbët.
Aktiviteti	Pozicione normale e qete, leviz natyrisht	Lëvizje këmbë Te lehta ose te terhequra, muskujt e tendosur	Levizje te Harkuara , të ngurta
E qara	Munges e te qarit (si gjate zhgjimit ose gjate gjumit)	E qare e lehte, renkime rastesore,	Qan ne menyre te vazhdueshme, uleret, renkon vazhdimisht.
E ngushellueshme	Të kënaqur, të qetë	Është I siguruar nga kontaktit të rastit, përqaftimi ose toni i zërit, dhe është I hutuar.	Vështirë ta ngushellosh dhe ta perkraresh .

- **Shkalla CRIES:** është një përmbledhje e pesë variablave fiziologjike dhe të sjelljes që është provuar për të treguar dhimbjen neonatale. Ajo është përdorur shpesh në porsalindurit në muajin e parë të jetës [15]. Kjo shkallë është zhvilluar në Universitetin e Missouri dhe të dhënat mund të regjistrohen me kalimin e kohës për të monitoruar shërimin e foshnjës ose përgjigjen ndaj ndërhyrjeve të ndryshme [22]. Kur Qan, shikohen pesë parametra: (1) të qarë, ku një britmë të lartë zakonisht shoqërohet me dhimbje, (2) ka të rritur ose jo kërkesat e oksigjenit, (3) shprehje e fytyrës që është shprehja më e lidhur me dhimbje, (4) shenjat vitale, dhe (5) modelet e gjumit, ku rritja e pagjumësise është e lidhur me dhimbje [15]. Treguesit janë shënuar 0-2 me rezultatin maksimal të mundshëm të 10, një rezultat më të lartë tregon një shprehje më të lartë dhimbje [15]. Nqs piket >5 duhet të administrohet analgjezike. Kjo shkallë duhet të përdoret cdo 2 ore ne 24 oret e para pas procedurës së dhimbshme, e ndjekur nga cdo 4 ore ne 48 oret pasardhese.

Vlereso	0 pike	1 pike	2 pike
E qara	Mungon	E madhe	Pa ngushellim
SpO2 > 95%	0.21	0.21 to 0.30	> 0.30
Frekuenca kardiake dhe/ose presioni i gjakut	Pa rritje	Rritje deri 20%	>= 20%
Shprehja e fytyres	I relaksuar	Shprehi e zakonshme	I kontraktuar
Gjumi	Normal	Me intervale te shkurtra	Mungon

- **Shkalla objektive e dhimbjes - OPS (50)**

Pikesimi	0	1	2
Presione arterioz	+ 10% preo p.	10-20% preop.	20% preop
E Qara	Munges e te qarit	E qare e ngushellushme, Pianto consolabile	Nje e qare jo e ngushellueshme consolabile
Levizjet	Munges levizje	Shqetesim	Levizje konvulsive
Axhitimi	Pacienti I pergjumur dhe I qete	I lehte	Intensive dhe e vazhdushme

Mosha e rekomanduar e përdorimit: 1 muaj - 3 vjet.

Ajo është përdorur në dhimbje postoperative me tre faktorët e fundit, dmth pa presionin e gjakut.

Për çdo faktor i jepet një rezultat prej 0 deri 2 vlerës maksimale 6.

Nul Pain: _____ 0

Dhimbje të butë: _____ 2

Dhimbje të moderuar: ____ 4

Dhimbje të forta: _____ 6

- **Shkalla CHEOPS:** Minimumi I pikeve eshte 4 dhe maksimumi 13. Per dhimbjet mbi 10 mendohet se duhet filluar trajtimi me analgezjik.

	0 pike	1 pike	2 pike
E qara	Jo	Po	Te bertitura
Fytyra	qeshje	neutrale	Grimace
verbale	fjale pozitive	fjale negative	dhimbje
Torso	neutrale	e ndryshueshme	e tendosur
Kembet	neutrale	levizje	te tendosura

Tabela : Vleresimi I dhimbjeve akute tek neonati sipas Douleur Aiguë Nouveau.(10)

Vleresimi I dhimbjeve akute tek neonati sipas Douleur Aiguë Nouveau	Score
Shprehja e fytyres	
I qete	0
grindet,ankohet, dhe hap dhe mbyll syte lehtshem me alterime	1
ka nje shtrengim te fort te syve , gufon vetullat , rrudh hund hd buze	
shenje bute,herepashere kthehet I qete	2
shenje e moderuar	3
I ka shume te shrehura dhe te vazhdushme	4
Limb movements ----- levizjet e gjymtyreve	
---ka levizje te qeta dhe xhentile	0
Pedalim intensive, shtrin gishtat e kembes,I ka te tendosura dhe te ngrira kembet, leviz krahet, terheqje te veprimeve.	
* shenje bute,herepashere kthehet I qete	1
shenje e moderuar	2
‡ I ka shume te shrehura dhe te vazhdushme	3
ekspresioni I zerit	
nuk ankohet	0
renkime te shkurtura(kur femija intubohet ai shikohet anksoz ose I shqetesuar)	1
te qara te nderprera-(kur intubohet femija shpreh te qara te nderprera)	2
te qara te zgjatura dhe me ulurima te vazhdushme (kur intubohet femija shpreh me te qara)	3

MENAXHIMI I DHIMBJES TEK FEMIJET

Pse eshte kontrolli I dhimbjes I rendesishem?

Dhimbja ndikon ne oreksin e femijes (deshiren per te ngrene) dhe sa mire ai mund te flere. Mund te ndikoje gjithashtu ne energjine dhe aftesine e femijes per te bere gjera/aktivitete. Dhimbja ndikon gjithashtu menyren se si femija ndihet dhe marrdhenien e tij me te tjeret. Infermieri eshte ai qe ndihmon ne kontrollimin e dhimbjes te femijet ne menyre qe ata te vuajne me pak ate madje dhe te sherohen me shpejt.(26,40).

Si do mundemi te kontrollojme dhimbjen?

Dhimbja na tregon se diçka është nuk shkon mire. Shkaku i dhimbjeve, pasi ajo ka qenë identifikuar, nuk ka më dobishmërinë dhe duhet të eliminohen. Kjo nuk është "dobësi" të ndihmohen kur ju keni dhimbje. Në fakt nganjëherë të jeshë "i fortë", ose të mos shfaqesh dhimbje, i pengon mjekët dhe infermieret që tu bëhet e shikueshme qe ka për një problem. Fëmijët me kancer duhet të mbrohen nga dhimbja sa më shumë të jetë e mundur. Dhimbje tërheq energjinë qe është më mirë për ta përdorur për të luftuar sëmundjen dhe të bëjë gjërat më normale, si lojë. Ka shumë mënyra për të ndihmuar kontrollin dhimbjen. Por para së gjithash, janë tre parime të rëndësishme për trajtimi i dhimbjes:(10,11,12).

1.Te trajtosh dhimbjen para se te manifestohet.

Ne e dimë paraprakisht se disa gjëra do të jetë i dhimbshëm. Në këto raste është më mirë për të trajtuar apo të parandaluar dhimbje para se të fillojë. "Një parandalimi vlen sa njëqind kura". Për shembull, Ta "Ngrijm" lëkurën me një anestetik local kjo për të ndihmuar dhe për të parandaluar dhimbjen e injektimit. Te Administrojme ilaçe per dhimbjen rregullisht në 24 orë, është më mirë se te administrojnë ate vetëm kur është e nevojshme. (Metoda e fundit është referuar disa herë si "duke i dhënë ilaçe si të nevojshme"). Dhënia e ilaçeve rregullisht parandalon shfaqjen e dhimbjes përsëri para se doza e ardhshëm dhe të ndihmon për të mbajtur fëmijët larg nga dhimbja. (10,11,12).

2. Planifikoni dhe kombinoni procedurat e dhimbshme.

Kur është e mundur, procedurat e dhimbshme duhet të kombinohen së bashku për të reduktuar efektet mbi fëmijën. Për shembull, nëse një fëmijë ka nevojë për tu sedatuar, por duhet te ruajtur vetëdijen (shih seksionin Dressings për Pain) për një ndërhyrje qe të aspirojmë palcen e kockave, procedura të tjera të dhimbshme mund të kryhet në të njëjtën kohë. Nëse është e mundur, fëmija duhet të dijë se kur një procedurë do të bëhet. Nëse një fëmijë e di se ai duhet t'i nënshtrohen një aspirimi të palcës së kockave në 2 pasdite, nuk ka asnjë arsye për t'u shqetësuar deri atëherë. Për shumicën e fëmijëve, shqetësohen me shume duke mos ditur kur një procedurë do te behet. (10,11,12).

3. Duke përdorur trajtime të shumta për dhimbjen..

Metodat për kontrollin e dhimbjes janë të klasifikuara në tri kategori të përgjithshme: metodat psikologjike , (31,32) metodat farmakologjike dhe metodat fizike. Seksionet e mëposhtme përshkruajne aftësinë e secilës metodë. Dhimbja është aq komplekse sa ajo është e kontrolluar më mirë duke përdorur metoda te ndryshme në të njëjtën kohë. Për shembull, një

fëmijë që i nënshtrohet një punkcioni lumbare do të ndihmohet nga një kombinim i teknikave të relaksimit me një mjet anestezik locale. (10,11,12).

Kush duhet të merret me "terapine e dhimbjes"?

Përgjigja është "të gjithë." Prindërit, fëmijët, personeli mjekësor, të gjitha kanë një rol në "ekip trajtimit të dhimbjes." Ky ekip punon më mirë kur të gjithë komponentët duhet të shkëmbejnë informacion dhe të ideve. (7,8,9)

- **Prindërit** kanë një rol të rëndësishëm në kontrollin e dhimbjes: si ekspertë, të tilla si mësuesit, si avokatët ose zëdhënës për fëmijët e tyre. Në të parë kjo mund të duket një detyrë që trondit por këshilla në këtë udhëzues do t'ju ndihmojë. (7,8,9,36)

Prindërit si ekspert:

Së pari, prindërit janë ekspertët të fëmijëve të tyre. Duke qenë një prind ju ndoshta e dini më mirë se kushdo tjetër ndjenjat e fëmijës tuaj dhe si i manifeston ato. Kjo do të thotë që ju duhet të konsultoheni para një ngjarje që ndodhën, me reagimin e mundshëm të fëmijës suaj. Ju duhet gjithashtu të merrin pjesë në vendimet se si duhet të kontrollojmë dhimbjen e fëmijës tuaj.

Ju duhet të jenë në gjendje të shprehin lirshëm mendimet dhe idetë tuaja, edhe në qoftë se ju nuk ju pyesin. Ky është një fakt i ri për shumë prindër. Me kalimin e kohës, ju do të ndjehen më të lirshëm për të folur me mjekët dhe infermieret rreth djalit tuaj. (7,8,9,36)

Prindërit si mësues/

Së dyti, prindërit mund të jenë instruktorët apo mësuesit më të mirë në mënyrat e që kanë të bëjnë me dhimbje. Prindërit i njohin me mirë fëmijët e tyre dhe ata kanë me ta lidhje të forta emocionale. Prandaj, ata mund të na ndihmojnë në situata të reja e të vështira. Është e rëndësishme të dini se ju mund të qëndroni me fëmijën tuaj gjatë pothuajse gjatë të gjithave procedurave. Fëmijët zakonisht duan pranë një prindit që të flasin me të, me një zë të qetë dhe të sigurt, që të zëre për dorë dhe që të puthi ballin e tij. Prindërit e dinë shumë mirë se si duhet ngushëlluar fëmijën tuaj. (7,8,9,36)

Prindërit si avokat mbrojtësi: Se treti prindërit janë avokat të fëmijëve të tyre. Prindërit kanë të drejta dhe detyra që të sigurohen që dhimbja që është e pranishme në fëmijën e tyre është nën kontroll. Sic e thamë më lart duhet të jesh gati të flasësh dhe të japësh sygjerime personelit mjekësor për të modifikuar, nëse është e nevojshme, terapinë e dhimbjes. Dhe praktikisht nëse kupton që dicka nuk shkon, sigurohu që personeli ta ketë kuptuar. Personi i parë adapt për këtë punë për të folur është infermieri, nga moment që ajo merret me shumë me fëmijën tuaj. (7,8,9)

- **Roli i personelit shëndetësor.**

Ka tre role kryesore. Se pari janë *Ekspertët*, në kurimin e sëmundjes së fëmijës tuaj. Se dyti duhet të jenë mësues, që të informojnë ty dhe fëmijën tuaj mbi sëmundjen, dhimbjen, dhe terapinë. Se treti, duhet të jenë vlerësues shumë të mirë, duke i ndihmuar dhe asistuar prindërit dhe fëmijët.

Infermiere: është personi që kujdeset për fëmijën tuaj gjatë dëgjimit në spital. Infermieri/e kalon shumë kohë me fëmijën dhe i duhet të marrë vendime se si të kujdeset për të, kur të japin ilaçe, vezhgojnë gjendjen e fëmijës tuaj, u qendojnë pranë dhe i japin kurajo. Infermiere/i i ndihmojnë për të kuptuar se si dhe pse u zgjodh ky trajtim për fëmijën tuaj. Janë gjithmone të gjindshëm dhe në dispozicionin tuaj dhe mund të ju pergjigjen të gjithave pyetjeve tuaja. (7,8,9)

Psichiatria e/o psicolog: mjeket janë te specializuar ne permiresimin mendor, emotiv ose ne sjelljen e femijes dhe familjes. Ne shume spitale si psikiatri ashtu dhe psikologu jane jane te pranishem, psh edhe ne spitalet onkologjike sepse bejne takime me familjet dhe femijet qe kane semundjet kancerogjene. Keta mjeke gjithashtu mund te te ndihmojne ty dhe femijen tend te mesoni se si te kontrolloje dhimbjen.

Assistente sociale: është nje person i specializuar ne studimin se si te kontrollojm emocionet ten je fëmijët dhe te familjes. Shpesh cdo familje është ne kujdestarin e nje asistente sociale. Qe te mund ti ndihmoj ata gjate semundjeve. (7,8,9)

Qetesimi I dhimbjeve pa perdorim te medikamenteve: (34, 35,36,37)

Nje tjetër menyrë e qetesimit te dhimbjeve jane dhe metoda qe skane nevoje per perdorim te medikamenteve te ndryshme. Keto metoda jane po aq te efektshme sa dhe medikamentet e dhimbjeve. Disa prej tyre jane:

- Perdorimi I te ngrohtit dhe te ftohtit
- Shperqendrimi/Hutimi (muzika,video lojra, tv, pazell...)(27, 29, 30,33)
- Pushimi (reduktimi I zhurmave dhe shuarja e dritave, ambjent qe te ngjall gjume)
- Ndryshimi I vendit.
- Imagjinata (trillimi I historive apo pikturimi)
- Pozicionimi. etj . 10,11)

Qetesimi I dhimbjeve me perdorimin e medikamenteve. (38,39,40)

Medikamentet punojne ne sistemin nervor duke ndihmuar femijet per te ndier me pak dhimbje. Thuajse te gjitha llojet e dhimbjeve mund te kontrollohen me medikamente dhe trajtime te tjera. Ndonjehere te zhdrukesh teresisht dhimbjen e femijes eshte e veshtire. Eshte e nevojshme te ulet niveli i dhimbjes te femijes ne menyre qe ata te ndihen rehat me jeten e perditshme. Disa nga medikamentet qe mund te perdoren jane:

- Analgjeziket. Keto medikamente perfshijne acetaminophen dhe morphinen.Ato merren cdo 4-6 h per te qetesuar dhimbjet.Morphina perdoret per te patur nje kontroll me te gjate mbi dhimbjen.
- Duke e kontrolluar pacientin me anestezi: Per te dhene medikamentin e dhimbjes perdoret nje mjet qe ka nje pomp elektrike te lidhur me nje tub .
- Anesteziket me te lehte si: Paracetomoli, Aspirina,Indometacina,Ibuprofene,Naproxene, Ketoprofene, etj.(10,11)

Si duhet te jepen medikamentet e dhimbjes?

Medikamentet mund te jepen ne menyra te ndryshme, ne varesi te nevojave te femijes. Disa nga keto jane:

- ✓ Ne menyre orale(tabletat apo shurupet)
- ✓ Nepermjet injeksionit (ne lekure)
- ✓ Per disa femije perdoret dhe pompa PCA(patient controlled analgesia) (10,11)

Efektet anesore te medikamenteve:

Medikamentet e dhena femijes mund te shkaktojne edhe efekte te padeshiruara si:

- Cregullim te frymemarrjes dhe konvulsione
- Nauze,te vjella ose konstipacione
- Dhimbje ne abdomen dhe veshtiresi gjate urinimit
- Irritim I lekures,
- Crregulim I rrahjeve te zemres
- Crregullime neurologjike (4,5,6)

Pamjaftueshmëri te trajtimit te dhimbjeve janë kryesisht te shfaqura ne pavionet kirurgjikale, ne problem qe duan kujdese intensive, ne aksidente te ndryshme qe mund te ndodhin, ne menaxhimin e te gjitha dhimbjeve kronike duke përfshire këtu edhe dhimbjen e kancerit, ne përkujdesjen e përgjithshme jo te mire etj. Ky neglizhimështë i përhapur tek persona te te gjitha moshave nga me te rinjtë deri tek ata me te moshuarit. (4,5,6)

Minimizimi dhimbjes gjatë Procedurave: Metodat jo-farmakologjike(46)

Dhimbja është një nga ankesat më të shpeshta të paraqitura në mjediset e urgjencave pediatrike. Departamenti I urgjences në vetvete është një vend shumë i vështirë dhe stresues për fëmijët. Prandaj është e rëndësishme për punonjesit e kujdesit shëndetësor për të vlerësuar dhe menaxhuar dhimbjen ne pergjithesi dhe ate gjate procedurave të dhimbshme.[26]. Kjo qasje promovon të drejtën e fëmijës për t'u përfshirë plotësisht në procedurë, për të zgjedhur, të komunikojm. Kjo lejon lirinë për fëmijët që të mendojnë, te krijojne përvojë,te pyesin dhe të kërkojne përgjigje. [26]. Eshte esenciale te fokusohemi tek femija jo tek procedura. Fëmija dhe familja duhet të jetë pjesëmarrës aktiv në procedure. Në fakt, duke lejuar prindërit apo anëtarët e familjes për të vepruar si asistentë pozitive dhe jo kufizues negative ndihmon për të reduktuar stresin në të dy, si te fëmijët ashtu dhe te prindërit, kjo minimizon dhe perjetimin e dhimbjes [26]. Është gjithashtu thelbësore për të siguruar se të gjitha procedurat janë me të vërtetë të nevojshme dhe mund të kryhen në mënyrë të sigurtë nga personeli me përvojë. Në mënyrë ideale procedurat duhet të bëhen në një mjedis miqësor ndaj fëmijës, duke përdorur nderhyrjet farmakologjike dhe jofarmacologjike te duhura , me vlerësimin rutine per dhimbjen. [26]. Hutimi është ndërhyrja më e shpeshtë qe përdoruret në departamentin e urgjences për të hequr vëmendjen e fëmijëve nga stimuli i dhimbshem dhe per te reduktuar dhimbjen dhe ankthin. Kjo është më efektive kur përshtatet me nivelin e zhvillimit të fëmijës (27,29,30,31, 43, 44, 45). Teknikat e hutimit behen shpesh nga infermieret, prindërit ose specialistë. Hutimi ka provuar të sjelle ulje ne kohezgjatjen e procedures dhe ne numrin e stafit te kerkuar per procedure. Gjithashtu eshte edhe më ekonomike se perdorimi I analgjezikeve te caktuar [29]. Hutimi është i ndarë në dy kategori kryesore: zbavitje pasive, ku femija duhet te rrije i qetë ndërsa profesionisti I kujdesit shëndetësor është aktiv per te shkëputur fëmijën (p.sh., duke kënduar, duke folur, apo duke lexuar një libër) [30] dhe nga ana tjetër, Zbavitja active qe inkurajon pjesëmarrjen e fëmijës në aktivitetet gjatë procedurave [30]. Ndërhyrjet e përdorura për të minimizuar dhimbjen klasifikohen në tri kategori kryesore (njohëse ose konjitive, te sjelljes, ose të kombinuar) [31,45].

Nderhyrjet konjitive.

- 1) Imagjinata (femijes i kerkohet te imagjinoje dicka qe e gezon si psh te luaje ne plazh).
- 2) Pregatitja/edukimi/informimi (procedura dhe ndjenjat e lidhura me te, I shpjegohen femijes ne nje menyre te duhur per moshen e tij. Femija mesohet cduhet te beje gjate procedures qe te informohet per ate cka e pret.
- 3) Thenie kopjuese (Femija mesohet te perserise nje numer mendimesh positive psh “une mund ta bej kete”, “kjo do te perfundoje se shpejti”).
- 4) Trajnim prinderor (Prinderve ose anetareve te familjes I mesohet nje nga keto nderhyrje ne menyre qe ti ulet stresi, gje e cila do sjelle uljen e stesit edhe tek femija).
- (5) Video games dhe televizion

Nderhyrjet e sjelljes

- (1) Ushtrime te frymemarrjes (Femijes i mesohet te perqendrohet ne nje frymemarrje te thelle. . The child is taught to concentrate on deep breathing.)
- 2) Modelimi I sjelljeve kopjuese pozitive (femija mund te shohe nje femije tjetere duke bere te njejten procedure dhe te shfaqe te njejten sjellje).
- 3) Objektiva positive (femija shperblehet me thenie positive apo dhurata konkrete pas procedures si psh lodra, libra, trofe te vegjel, etj) (47)
- 4) Trajnimi prinderor (Prinderit instruktohen te inkurajojne me entuziazem femijen e tyre qe te perdore kete strategji).

Metoda farmakologjike per menaxhimin e dhimbjes pas procedurave 38, 39, 40, 41, 48).

Opiatet, me sakte morfina jane opsionet e para dhe me te studiuar te farmalogjikeve. Kerkimet e mjekimeve me analgjezikeve te tjere jane te rralla. (Durrmeyer et al. 2010). Eshte studiuar gjeresisht efikasiteti I shume metodave jo-farmalogjike te dhimbjes. Megjithate, qasja e vetme e kerkimeve sistematike dhe dëshmite e mbledhura jane ne dispozicion per saharoze oral (Stevens et al. 2010b), e cila në disa raste eshte konsideruar si një metodë farmakologjike (49). Përveç kësaj, nuk ka studime të gatshme të cilat përshkruajnë përfitimet e ketyre metodave jo-farmakologjike të tilla si koha, kostot dhe lehtësia e zbatimit të këtyre ndërhyrjeve në praktikën klinike. Shqetësimi kryesor I studimit te menaxhimit te dhimbjes duket se ka pamjaftueshmeri të njohurive ne çështjet e sigurisë, që kur studimet jane fokusuar kryesisht në efektivitetin e metodave të ndryshme. (7,8,9)

Analgjezia

- Tretësirë glukoze para çdo proçedure (0.5 ml në fëmijët që nuk bashkërendojnë ushqyerjen dhe 2 ml tek ata që thithin mirë)
- dhe/ose “*non nutritive sucking*”
- 1 min para proçedurës së dhimbshme
- **Nxitje shqisore:** përkëdhelje, të folur, kontakt lëkurë me lëkurë etj (7,8,9,50)

KUJDESI INFERMIEROR

Kultura në vendin e punës mund të shihet si një faktor i rëndësishëm në të kuptuarit se si kujdesi infermierore është aplikuar dhe si bashkë-punëtorëve të ndërtuar që do të thotë së bashku. Kultura në vendin e punës ndërton kuptim dhe është e njohur, nga Latham et al. (2008) dhe McNamara et al. (2011), si faktor i rëndësishëm për mbajtje ose angazhimin e infermiereve. (36,37,38,39).. Kujdesi infermieror kuptohet nga veprat e mëparshme të Patricia Benner dhe te bashkë- autorë e saj. Benner et al. (2009) dhe Benner dhe Wrubel (1989) pohojnë se natyra e kujdesit në profesion është formuar nga situatat, marrëdhëniet dhe pacientët, të cilat nga ana tjetër japin formë praktikës tonë dhe te aftësive për të kuptuarit. Kujdesi infermieror përmban aspektet e një situatë, atributet e një situatë dhe kompetencën të përfshirë në një situatë nga ndërveprim me pacientin. (36,37,38,39) Spichiger et al. (2005) theksojnë se kujdesi është që të veprojme në mënyrë me të kujdesshme, e cila nga ana e tij është për të interpretuar ajo që ka rëndësi. Kujdesi i bën njerëzit të drejtpërdrejtë të ndërgjegjshëm dhe ndaj atyre të cilëve që ata kujdesen. Për t'u kujdesur nga një mjet me perspektivë e jetegjatesise se botes, sipas Benner (2003), Benner dhe Wrubel (1989), dhe Benner et al. (2009), që të ketë një vizion të pacientit që përfshin zbutjen e dhimbjes, shmangien e vuajtje, si dhe promovimin e sigurisë, rritjes dhe shëndetit. Kujdesi infermieror përfshin gjithashtu në zbutjen e vulnerabilitetit, lehtësimin e rehati, dinjitetit, apo një vdekje të mirë dhe të qetë (Benner & Wrubel, 1989; Benner, et al., 2009). Spichiger et al. (2005) e shohin kujdesin infermieror si e vendosur në një pozicion të veçantë, e cila është e ndikuar nga kultura dhe si forma të tilla, shqetësimeve dhe struktura e kujdesit të dhënë në persona. Marton dhe Booth (1997) theksojnë se kur përjetojmë diçka vetëdija jonë është e drejtuar drejt këtij objekti të qëllimshëm. Baza për drejtimin e vetëdijes përbëhet nga njohuritë dhe përvojën që ne disponojmë. Si diçka që është me përvojë nuk është e lidhur me një përvojë të veçantë, por e varur në përvojën e akumuluar dhe se si e percepton diçka këtu dhe tani. (36,37,38,39) Benner (1994) thekson se kujdesi është e karakterizuar nga dhoma dhe koha, e lëvizjes në mes të tashmes, të kaluarës dhe të ardhmes. Kuptimi i kujdesit mund të shihet përmes shqetësimeve të infermjereve në situatën e te ndryshme, të cilat janë të qëllimshme dhe del nga jeta e përditshme e saj. Prandaj, zhvillimi i njohurive në lidhje me këto aspekte është me interes të madh për shkencën, si dhe për dhënien e kujdesit nga ana e profesionistëve. (36,37,38,39)

Roli I infermieres në lehtësimin e dhimbjes të femijet

Në ditë më të mirë që femijet nuk ndihen komode në ambientet spitalore dhe sidomos me personelin shëndetësor. Ndaj keshillohet që muret e pediatrie të jenë me shumë ngjyra në mënyrë që femija të ndihet me rehat. Një rol të veçantë në këtë pikë ka dhe infermieri të cilin fatkeqsisht e kanë frikë gjithë femijet si njeriun që të bëjnë gjilpera. Prandaj infermieri duhet të krijojë një figurë sa më të dashur të femijet. Ai duhet të zbuse këtë opinion të tyre duke i buzeqeshur dhe shpjeguar femijes se ilaçi nuk do të dhembë, se do të heqë mikrobin e keq që i dhemb të barku. Është shumë e rëndësishme që infermieri të buzeqeshë dhe ta përkrahë femijen me mënyrë që ai të ndjeje

ngrohtesi, si dhe te zhvillohen lojra te ndryshme ne menyre qe femija te shperqendrohet dhe te ndjeje me pak dhimbje. Infermieri luan nje rol shume te rendesishem ne miremenaxhimin e medikamenteve dhe trajtimin qe ai i vendos femijes. (32-35)

Zbutja e vuajtjes është pjesa më e rëndësishme e përgjegjësi së një infermiere (Benner et al,2009). Për të qenë në gjendje për të lehtësuar vuajtjet e fëmijës nga dhimbjet, infermieret janë përgjegjës për të dy metoda, si ajo farmakologjike dhe metodat jo- farmakoterapeutike ne zbutjen e dhimbjes. Në përgjithësi, masat jo- farmakologjike, zhvendosja e pozicionit dhe fletët e ndryshimit, te gjitha keto varen nga gjykimi i infermieres, e cila I bazon njohurit e saj ne komunikimin e disa shprehjeve te dhimbjes qe ben fëmija. Pjesa më e madhe e komunikimit mes fëmijëve të sëmurë rëndë ne terrapin intensive dhe infermierëve është jo- verbal . Infermieret duhet të kategorizojne shenjat për të interpretuar dhimbjen dhe te gjykojne cila shenje ka prioritet. Ky gjykim është pjesë e kapacitetit infermieret qe duhet të zotërojnë për të kuptuar dhimbjen e një pacienti. (36,37,38,39)

Diagnozat infermiore

- Identifikimi i njohurive te vetë infermierëve për vlerësimin e menaxhimin e dhimbjes te fëmijët
- Identifikimi I njohurive te vetë fëmijëve dhe familjarëve për vetkujdesin .
- Përpilimi I protokollit për menaxhimin e dhimbjes.
- Mendohet qe derisa te zbulohet semundja, femija nuk duhet te qendroje ne dhimbje dhe mos te vuaj, pra te nderhyje dhe te qetesoje ate.
- Te perdori metoda jo farmakologjike dhe efikase per qetesimin e dhimbjes.
- Te percakojne llojin e dhimbjes.

Jane pika ku do mbeshteten dhe nderhyrjet infermiore, te cilat do realizohen ne baze te hapësirave te tyre ne punen qe ato do realizojne cdo dite. (20-30)

Infermierja e familjes/mamia duhet te jene te afte te:

- Mbeshtese psikologjikisht procesin e rrijes dhe zhvillimit te femijes;
- Plotesoje dhe perdore kurbat e rritjes;
- Keshilloje prinderit per mbrojtjen e mirqenies se femijeve;
- Vleresojne zhvillimin psiko-social te femijes
- Njohje dhe trajtoje efektet anesore te vaksinimit;
- Administroje sakte mjekimet per kontrollin konvulsioneve akute, astmes, dehidrimin si dhe urgjencave te tjera pediatrike;
- Vleresojte gjendjen e pacientit dhe dalloje rastet urgjente nga ato jo urgjente;
- Bashkpunoje me mjekun ne menaxhimin e rasteve urgjente pediatrik
- Keshilloje nenen (qe paraqitet me femijen) dhe perfshije babain, mbi ushqyerjen me gji, ushqimin plotesues, shtatzanine e shendetshme, planifikimin familjar pas lindjes (dhe pas abortit). (32-35)
- Te perdori metoda jo farmakologjike dhe efikase per qetesimin e dhimbjes.
- Te percakojne llojin e dhimbjes.

- Përpilimi I protokollit për menaxhimin e dhimbjes.
- Dhimbja ndikon ne oreksin e femijes (deshiren per te ngrene) dhe sa mire ai mund te flere.
- Mund te ndikoje gjithashtu ne energjine dhe aftesine e femijes per te bere gjera.
- Dhimbja ndikon gjithashtu menyren se si femija ndihet dhe marrdhenien e tij me te tjeret. Infermieri eshte ai qe ndihmon ne kontrollimin e dhimbjes te femijet ne menyre qe ata te vuajne me pak ate madje dhe te sherohen me shpejt.

Njohurite e personelit infermieror per dhimbjen.

Njohurit teorike jane përshkruar si një formë empirike e sistematizuar e njohurive te nxjerrë nga metodat standarde shkencore, por është e përgjithshme, reflektues dhe të sistemohen në mënyrë kritike, por përshkruan se diçka është një mënyrë e caktuar. Njohurive teorike jane nje element i fuqishëm selektiv dhe mund të përshkruajë vetëm fragmente të realitetit. Për më tepër, njohuri teorike mund të ndahet në njohuritë faktike, njohuri pohuese dhe të kuptuarit . **32-35**) Njohuri praktike jane përshkruar shpesh duke iu referuar diçkaje që përfshin ndërhyrje e perditshme, për shembull, zbatimi i një procedure brenda një fushë te caktuar, ndërsa njohuritë teorike jane përshkruar si dukuri , duke iu referuar një vëzhgimi apo të menduarit për diçka. Prono (1990) beson, se një ndarja midis njohurive teorike dhe njohurive praktike jane për të ardhur keq. Që të dyja nuk mund të ndahen. Thomassen (2007) gjithashtu beson se këto forma të dijes janë reciprokisht të varur dhe se ata takohen në përvojë e punes se perditshme. Prono(1990) e quan njohuri të ditur se çfarë do të thotë diçka të kuptuarit dhe thotë se ajo gjithashtu përfshin të kuptuarit se si gjërat të lidhen dhe kur kjo është e dobishme . Këto tri lloje të dijes janë reciprokisht të varur dhe themelore për mënyrën se si është organizuar dija njerëzore. Njohuri praktike gjithashtu përfshin konceptin e njohurive e aftësive, e cila përfshin një kapacitet për të nxjerrë konkluzione nga të dhënat themelore në punën klinike që çojnë në ndërhyrjen dhe aftësinë për të mbështetur zgjedhjet dhe dekretet (Thomassen 2007) . **32-35**) Njohuri experienciale është dituria e fituar nga përvoja e drejtpërdrejtë personale të një fenomeni apo dukurie dhe që përfshin integrimin e formave të lart përmendura të dijes me atë përvojë personale. Benner (1982) dhe Benner dhe Wrubel (1989) nuk bëjnë dallim në mes të njohurive praktike dhe përvojës, duke parë ata të unifikuar. Ata konsiderojnë se njohuritë experienciale zhvillohet nëpërmjet praktikës dhe bazohet në perceptimin personal të një situatë konkrete të bazuar ne pune . Kolb (1984) përshkruan se si procesin e experiencial te te mësuarit si një cikël që përmban përvojën konkrete, vëzhgimin pasqyrues, konceptualizim abstrakte dhe eksperimentimit aktiv. Bengtsson (1993) pohon se njohuria experiencial është një formë e njohurive teorike sepse njohuritë experiential i zhvillon përmes reflektimit, qoftë vetë ose me të tjerët. Högberg et al . (2011) pohojnë se transformimi nga kujdesi për shkencën praktikë do të thotë për të reflektuar mbi veprimet qe ne kemi realizuar. Njohuri subjektiv te cilat jane jetuar bëhen te reflektuar ndaj njohurive të shkencës dhe të njohurive praktike dhe lejon personin që ti ndërthur njohuritë ato dhe për të fituar një kuptim të ri dhe më të thellë. Mor dhe Dimi (2007) argumentojnë se ne kemi nevojë për të marrë pjesë në zhvillimin e të mësuarit për të rritur cilësinë në kapacitetin tonë për të zgjidhur problemet . **(36,37,38,39)**

Vleresimi I dhimbjes te Neonati

- Realizimi i vleresimit te dhimbjes.
- Observohet neonati per 15-30 sekonda (gjendja biheviore, kolori, shprehjet faciale)
- Pas kesaj, preket nje ekstremitet per te vleresuar tonusin dhe tensionin
- Percaktohet cdo gje, parametrat fiziologjik, biheviore dhe perceptimi infermieres.
- Cdo indikator vleresohet me 0-2, ne total 0-20(sa me e madhe aq me e forte dhimbja)
- Vleresimi i kriterereve duhet te behet nje here per cdo turn ne reanimacion.
- Percaktohet nje post-optimal dhe vazhdohet me analgjezik
- Cdo 4 ore behet vleresimi per nje periudhe 48 oresh nen trajtim me analgjezik.
- Behet vleresim cdo 30 min kur kemi intervenim
- Neonatet qe jane nen ventilim dhe marrin analgjezik duhet te vleresohet dhimbja cdo 4 ore
- Vleresimi me <5 mund te gjendet tek nenat qe heqin ushqyerjen me gji femijes.
- Infermieret munden gjithashtu te iniciojne nje vleresim te dhimbjes nese ato besojne se neonati po vuan nga dhimbje (36,37,38,39)



Kontakti dhe perkedhelja nga infermierja



Biberoni dhe mbeshtjellja me pelena te ngrohta.





Kontakti me nenen me prekje



kontakti lekure-lekure(prekia)

ZBATIMI DHE KERKIMET E ARDHSHME (61,62)

Ky studim dha nje shkak themelor per te zbatuar FTP ne klinika. Sfida e rradhes eshte qe te zbatohet FTP-ja ne kultura te ndryshme te kujdesit me qellim rritjen e kujdesit familjar dhe te zvogeloj ndarjen e prinderve nga foshnja gjate dhimbjes ne sektorin NICU. Perdorimi sistematik I FTP-se kerkon studime te tjera mbi fizibilitetin sic eshte nderhyrja me mbjellje tek praktika ne klinik e cila eshte shume sfiduese. Ndryshimet gjithashtu u vune re ne menyren sesi infermiere te ndryshme zbatonin FTP-ne. Kjo eshte e rendesishme sepse te gjithë ishin edukuar ne menyre sistematike per perdorimin e FTP-se. Efektet e zbatimit te FTP-se mund te shihen nga tre prespektiva te ndryshme. Pare nga perspektiva e te miturit, menaxhimi i dhimbjes ndoshta do të mund te përmirësojë meqenese dhimbja procedurale afatshkurtër do te trajtohet më shpesh sepse edhe prindi është duke e menaxhuar atë me këtë metodë të sigurt. Përveç kësaj, primare jane perkujdesesit te cilet rregullojne ankthin gjatë dhimbjes. Përfshirja prindërore zgjeron perspektivën per familjen. Në këtë kontekst, FTP mund të parandaloj ndarjen midis foshnjave dhe prindërit gjatë dhimbjes dhe kanë efekte të ndryshme brenda familjes. Megjithatë, linden pyetje të tilla si: A janë disa procedura shumë invazive për prindërit që të marrin pjesë apo sa shume infermieret mund të inkurajojnë prindërit për pjesëmarrjen pa qenë shumë agresiv dhe ndoshta të shkaktojnë ankth për ta. Përgjigjet e këtyre pyetjeve do të ndryshojnë sipas nënës, por janë të lidhura edhe me perspektivën e tretë. Tre Aspektet e njejta kryesore mund te shqyrtohen dhe gjate kerkimeve ne te ardhmen.

- 1) Efikasiteti I FTP-se duhet te studihohet gjate procedurave te ndryshme te dhimbshme me kohezgjatje dhe intensitet te ndryshem. Vec kesaj, nuk dihet efikasiteti I FTP-se nen perdorime te perseritura. Efekti synergist I FTP-se dhe metodat e tjera te kujdesit te dhimbjes sic është biberoni dhe glukozja (apo edhe shume te tjera) marr nga goja mund te lehtësojne me mire dhimbjen sesa secila prej tyre vetem. Pasojat e mundshme afatgjata te FTP-se mbi zhvillimin e mevonshem te foshnjeve premature jane shume te vlefshme per tu studiuar. Efekti I mundshem mbrojtës I menaxhimit jo –farmalogjik efektiv te dhimbjes
- 2) Ndikimi i FTP-se mbi zhvillimin e marredhenies prind- foshnje eshte nje tjetër prespektive per tu studiuar meqe e ndalon ndarjen e familjes gjate dhimbjes qe perjeton foshnja. Pjesemarrja active e prinderve kur femija ndjen dhimbje ka shume gjasa te shkaktoj tek prinderit stress, ndjeshmeri ne sinjalet qe jep foshnja ose rrit procesin per te qene prind.
- 3) Efekti I FTP-se mbi zhvillimin e dhimbjes qe ka si qender familjen, ne kultura te ndryshme te kujdesit eshte prespektiva me e rendesishme ne studimet e fizibilitetit ne te ardhmen. Roli I infermierit ne lehtesimin e pjesemarrjes se prinderve per tu kujdesur per dhimbjen duhet te kuptohet mire. Kujdesi per dhimbjet e foshnjeve premature pret nderveprim ndermjet prindit dhe infermierit ne NICU. Faktoret qe vete infermieret dhe kujdesi sjellin ne kete situatë dhe influencia qe ata kane per nevojat e prinderve duhet te studiohet me tej. Ky studim gjithashtu sugjeron qe nenat me stilete e tyre te ndryshme te perfshirjes mund te perfitojne shume nga nderhyrjet e shumellojshme te infermierit. Zhvillimi i nje mjete per infermieret qe te identifikojne nenat me stile te ndryshme te perfshirjes dhe nderhyrjeve te pershtatura per to do te perfitojne praktike te mire, klinike.

OBJEKTIVI

- Te theksohet se pavarsisht nga rritja e ndergjegjsimit per rendesine e parandalimit te dhimbjes, te porsalindurit ne njesine e kujdesit intensive vazhdojne te jene te ekspozuar ndaj procedurave te vogla te perditshme si pjese e kujdesit te tyre rutine.
- Paraqesim mjete objektive te vlersimit te dhimbjes neonatale nga profesionistet e kujdesit shendetesor
- Pershkruajm strategji efektive per te parandaluar dhe trajtuar dhimbjet qe lidhen me procedurat rutine
- Te shqyrtoje metodat e duhura per te parandaluar dhe trajtuar dhimbjet lidhur me kirurgjin dhe procedura te tjera te medha

QELLIMET DHE HIPOTEZAT E STUDIMIT

Qellimi i ketij studimi eshte te analizoj:

1. Nivelin e dijeve te nenave ne lidhje me njohurite per dhimbjen.
2. Nivelin e dijeve te infermjereve ne repartin intensive te neonatologjise ne lidhje me njohurite per dhimbjen.
3. Menaxhimi i dhimbjes gjate procedurave te ndryshme diagnostifikuase, duke perdorur metodat te ndryshme te trajtimi jo farmakologjik-
(I)kontakt lekure lekure (II)Biberon(qumesht ose biberon fals) (III)Glukolze orale (IV)Asgje
4. Sjellja dhe reagimi ngaj dhimbjes sipas shkalles DAN (Douleur Aigue Nouveau). ku pikezimi I vlersimit eshte bazuar ne tre element:
a- ekspresioni I fytyres **b-** levizja e gjymtyreve **c-** reagimet vokale (psh te qara)

Pyetjet e detajuara te kesaj pike ishin:

- 1) A e kompromenton FTP-ja stabilitetin fiziologjik te foshnjeve premature gjate procedurave te dhimbshme?
- 2) E ka lehtesuar FTP-ja dhimbjen procedurale tek foshnjet premature?
- 3) E ka lehtesuar nderhyrja me biberon dhimbjen procedurale tek foshnjet premature?
- 4) E ka lehtesuar nderhyrja me glukoze dhimbjen procedurale tek foshnjet premature?
- 5) E ka lehtesuar nderhyrja metoda kangur dhimbjen procedurale tek foshnjet premature?
- 6) E ka lehtesuar nderhyrja me qumeshte gjiri dhimbjen procedurale tek foshnjet premature?

MATERJALI DHE METODIKA

Ky është një studim prospektiv, me qëllim prezantimin e dijeve të personelit infermieristik dhe të nënave në lidhje me njohuritë e dhimbjes, e strategjive për të reduktuar dhimbjen gjatë procedurave të ndryshme që aplikohen në terapine intensive në SUOGJ “Koço Gliozheni”, Tiranë gjatë periudhës 2013 deri në 2015.

Në studim janë përfshirë 150 neonate të shtruar në NICU-së, duke i monitoruar çdo ditë nga momenti i shtrimit deri në dalje.

Kriteret për përfshirjen ishin:

- neonate ≤ 42 javë
- neonate që i janë nënshtruar procedurave të dhimbshme si injeksion venoz dhe i kapilareve periferike, kateterizimi umbilikal, injeksion intramuscular, injeksion për marrjen e gjakut në thembren e neonatit.

Fëmijët e marrë në studim u ndanë në 4 grupe:

- 1) Grupi I që u vendosen paraprakisht rreth 15-20 min në kontakt lëkurë-lëkurë me nënën.
- 2) Grupi II, të cilët gjatë procedurës së punktimit u stimuluan të thithin biberonin (qumesht ose biberon fals, 1 min para procedurës së dhimbshme)
- 3) Grupi III, të cilëve gjatë procedurës së punktimit ju dha glukozë orale (0.5ml tretesirë glukozë në fëmijët që nuk bashkërendojnë ushqyerjen dhe 2 ml tek ata që thithin mire).
- 4) Grupi IV, të cilëve gjatë punktimit nuk ju aplikua asnjë nga procedurat e mësipërme.

Fëmijët e përfshirë në 3 grupet e para përbënin grupin studimit, kurse i katërti atë të kontrollit.

Të dhënat e studimit janë mbështetur :

Sjellja dhe reagimi ngaj dhimbjes sipas shkallës DAN (Douleur Aigue Nouveau), ku pikezimi I vleresimit është bazuar në tre element:

a- ekspresioni i fytyrës **b-** levizja e gjymtyreve **c-** reagimet vokale (psh të qara)

Në varësi të përgjigjeve të të porsalindurit u përcaktuan pikët për secilin grup. U regjistruan parametrat jetësore (frekuenca kardiake, frekuenca respiratore, SpO₂) të fëmijëve të përfshirë në studim. Përlllogaritëm mesataret e pikëve për secilin grup dhe sjelljen e parametrave jetësore. Krahasuam përgjigjen ndaj dhimbjes, sjelljen e parametrave jetësore midis grupit të kontrollit dhe atij të studimit si dhe midis vetë grupeve të studimit. U përpiluan Intervalet e besimit 95% për dallimet midis grupit të kontrollit dhe atij të studimit, po ashtu edhe për dallimet brenda grupit të studimit.

ANALIZA STATISTIKORE E TE DHENAVE

Për ndryshoret (variablet) numerike u raportuan madhësitë e prirjes qendrore (mesatarja aritmetike, mediana dhe moda) dhe madhësitë e dispersionit (varianca, shmangia standarde dhe largësia interkuartile). Për ndryshoret kategorike u raportuan numrat dhe përqindjet respektive. U përdor analiza deskriptive e variablave dhe *Meta analiza* që realizoi krahasimin e rezultateve të studimeve të tjera me studimin tonë. U përdoren teste statistikore për dy dhe për më shumë se dy mostra të pavarura, për të gjetur vlerën e P -se ose gabimi α me interval konfidence 95% CI. *U quajten sinjifikante ato lidhje që e kishin vlerën e p -së më të vogël se 0.05.*

Përpunimi statistikor siç thamë kishte dy komponentë kryesor ku u fokusuam:

1. *Pjesa deskriptive kuantitative:*

- Për variablet kategorike, u raportuan numrat dhe përqindjet përkatëse;
- Për variablet numerike, u raportuan mesataret aritmetike \pm deviacionet standarde përkatëse (p.sh. mosha).

2. *Pjesa Analitike* ku shoqërimet (varësitë, lidhjet) e variableve në u analizuan si më poshtë:

- **Analizë bivariante:** lidhja e diagnozës me ndryshorë të tjerë të interesit
- **Analizë multivariate:** të gjitha modelet shumë-ndryshorëshe u kontrolluan (axhustuan) njëkohësisht për variablet (ndryshoret) e mëposhtëm:
 - Faktorët si femija me moshe barrre 22-42 javësh, mosha në ditë mbas lindjes, pesha, koha mes cpimit, niveli i edukimit të prindërve.
 - Faktorët e tjerë të interesit: shenjat vitale si SPO2, Respiracioni, Pulsi, shprehjet e emocioneve, si të qarat, levizjet, gjumi, etj.

U përdorën teste statistikore të ndryshëm në pjesën kuantitative, për të krahasuar variablat tona dhe u pa sinjifikanca e ndryshimit së të dhënave. E gjithë analiza statistikore e të dhënave u krye në SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 15.0, Chicago, IL).

Pyetsor per infermjeret 2

Perceptimi i nevojës së metodave për qetesimin e dhimbjes lidhur me edukimin e infermiereve rreth metodave farmakologjike dhe jo farmakologjike.

Karakteristikat		Nr	%
Gjinia	Femra		
Mosha	vite		
Edukimi	3-vite shkolle larte		
	4-vite shkolle larte		
	Master etj		
Pozicioni	Infermiere ndihmese		
	Infermiere		
	pergjegjese		
Vitet e punës në spital	Kryeinfermiere		
Vitet e punës në NICU	vite		
Kane udhërefyës për menaxhimin e dhimbjes	vite pune në NICU		
	Po		
	Jo		
Kane lexuar udhërefyësin për menaxhimin e dhimbjes neonatale	Nuk e dine		
	Ndonjëhere		
	Asnjëhere		
Kane marrë edukim lidhur me menaxhimin e dhimbjes neonatale	Ndonjëhere		
	Asnjëhere		
	Ne spital		
Tipi I edukimit	Jashtë spitalit		
	Lexim I artikujve		

Formulari qe është perdorur per vleresimin e dhimbjes per kete studim

Shkalla e dhimbjes gjate procedurave

Femija me moshe barre 22-31 javesh 32-42 javesh
Nr i femijeve ne studim sa
Gjinia M / F
Moshja ne dite mbas lindjes sa 1 -28ditesh
Pesha ne lindje sa
5 min apgar -----
Temperature -----

Trajtimi jo farmakologjik

- Glukoz
- Biberon
- Kontakti lekur - lekur
- Qumeshte gjiri
- Asgje

Procedurat e ndryshme a jane te dhimbshme dhe sa zgjasin

Punkturat e ndryshme diagnostikuese dhe kuruese	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> JO	sa zgjasin
Injeksionet intra-venoze centrale, periferike	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> JO	sa zgjasin
Injeksionet intra-muskulare.	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> JO	sa zgjasin
Marrja e analizave (i/v) Me vigon -- pa vigon	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> JO	sa zgjasin
Kateteri umbilikal	<input type="checkbox"/> PO	<input type="checkbox"/> JO	sa zgjasin

Intesiteti I dhimbjes gjate procedures 0 1 2 3 4 5

Lokalizimi i dhimbjes

Efektet e dhimbjes

Vlerat respiratore

Vlerat Kardiake

ku eshte
humori -----gjumi -----
 si jane SPO2_____ Respiracioni_____

si jane Pulsi _____

Shprehjet e fytyres

Duke qare (pike)	0 1 2 3 4 5
Leviz krahet dhe kembet (pike)	0 1 2 3 4 5
Gjendje zgjimi (pike)	0 1 2 3 4 5
Shtregohet (pike)	0 1 2 3 4 5
Intensiteti qarjes (pikë)	1 - 10
Koha e qarjes (min)	1 - 10
Koha e cpimit (min)	1 - 10

REZULTATE.

Ne kete studim jane perfshire 20 infermjere te cilat punonin ne sherbimin e terapise intensive neonatore te cilat jane intervistuar ne lidhje me perceptimin e dhimbjes ne femijet e sherbimit te terapise intensive neonatore, mbi edukimin e tyre rreth metodave jo farmakologjike per qetesimin e dhimbjes gjate procedurave te ndryshme ne punen e tyre te perditshme.

Table 1 Karakteristika te pergjithshme gjate studimit te infermjereve (N 20).

Karakteristikat		n	%
Gjinia	Femra	20	100.0
Mosha	M ± SD	29.2 ± 3.8	
Edukimi	3-vite shkolle e larte	7	35
	4-vite shkolle e larte	13	65
	Master	13	65
Pozicioni	Infermiere	19	95
	pergjegjese	1	5
Vitet e punes ne spital	Kryeinfermiere	9.1 ± 3.9	
Vitet e punes ne NICU	M ± SD	5.2 ± 3.4	
Kane udherrefyesh per menaxhimin e dhimbjes	M ± SD	16	80
	Po	3	15
	Jo	1	5
Kane lexuar udherrefyeshin per menaxhimin e dhimbjes neonatale	Nuk e dine	13	65
	Ndonjehere	7	35
Kane marre edukim lidhur me menaxhimin e dhimbjes neonatale	Asnjehere	11	55
	Ndonjehere	9	45
	Asnjehere	13	65
	Ne spital	5	25
Tipi i edukimit	Jashte spitalit	2	10
	Lexim i artikujve		

Nga te dhenat e mara rezultoi se te gjithë infermjeret ishin te seksit femer 100% .Mosha mesatare ishte 29.2. Mesatarja e viteve te punes ishte 9.1 vite me 5.2 vite ne NICU. Ne total, 80% e pjesmarresve thane se sherbimi i tyre kishte udherrefyesh per menaxhimin e dhimbjes tek neonati gjate procedurave te ndryshme, 65 % e tyre e kishin lexuar kete udherrefyesh dhe 55% e tyre kishin marre edukim per menaxhimin e dhimbjes. Duke marre parasysh llojin e edukimit, 65% e infermiereve kishin marre edukim brendaspitalor, 25 % kishin marre edukim jashtespitalor si programe edukimi rreth dhimbjes te mundesuar nga seminare te ndryshme ose duke marre pjese ne konferenca kombetare ose nderkombetar.,10% kishin lexuar artikuj te ndryshem. Perceptimi i nevojës se procedurave per

qetesimin e dhimbjes me metoda jo farmakologjike lidhej me edukimin e infermiereve rreth ketyre metodave.

Edhe ne studimin qe une kam zhvilluar jam bazuar ne keto tre parametra. Pra jane perdorur te gjitha vleresimet. Dhe kemi dale ne keto rezultate, te cilat jane pershkruar si me poshte, duke krahasuar grupet e studimit me te kontrollit.

Grupi i kontrollit dhe ai i studimit nuk dallonin nga njeri tjetri për moshën e shtazënisë, peshën në lindje dhe kohën e shpimit. Ne gjetëm dallime të rëndësishme statistikisht për kohëzgjatjen e të qarit (115.7 sek) më shumë në grupin e kontrollit, intensitetin e dhimbjes (1.1 pikë më shumë në kontroll dhe SpO2 (2.6% më e ulët në grupin e kontrollit. Ndërsa për ngërdheshjen, frekuencën kardiake dhe frekuencën respiratore dallimet nuk rezultuan të rëndësishme statistikisht. Indikatorët përfshijnë: fytyrën, britmën, model frymëmarrje, krahët, këmbët, dhe gjendjen e zgjimit. Rezultatet janë marrë duke mbledhur pikët për gjashtë treguesit (ku 0 tregon asnjë dhimbje, dhe 2 tregon dhimbje), me një plagë maksimale prej 7. Ky është një sistem i mirë për të matur përgjigjet për stimuj akute të dhimbshme. Edhe pse ajo ka qenë e vërtetuar plotësisht, ajo do kohë e vete dhe e vështirë për të interpretuar në foshnjat intubuar.

Studimi dhe Kontrolli

Pjesemarrsit : U morren ne studim neonate te cilet I u jane nenshtuar procedurave te dhimbshme si punktimin venoz, ose kapilar periferik, aspirimet te ndryshme, e shume nderhyrjeve te tjera.

Dhe ne I ndame ne dy grupe:

- A. **Grupi studimit (Rasteve) 100 të porsalindur:** (gr. I+II+III)
- Kontakt lëkurë me lëkurë = 22 (grupi I), paraprakisht 15-20 min me nenen
 - Paqtues (biberon) =40 (grupi II) , iu stimulua thithja gjate procedures invasive,
 - Qumeshte gjiri = 23 (grupi II), 15-20 min me nenen
 - Glukozë nga goja = 15 (grupi III) , gjate procedures iu aplikua glukoz.
- B. **Grupi I kontrollit** = 50 të porsalindur (gr. IV)
- Asgjë (grupi IV)

Perpara se te ndertojme studimin me rezultatet duhet te ngreme 2 hipoteza.

Përpara se te komentojme rezultatet e tabelave duhet te percaktojme qarte hipotezat te cilat jane:

H₀: Nuk ka ndryshim te rendesishem statistikisht ndermejt studimit dhe kontrollit¹.

Kur Pkritike >P0.05 -> Hipoteza H₀ pranohet.

¹ H₀: Hipoteza fillestare.

Ha: Ka ndryshim te rendesishem statistikisht ndermejt studimit dhe kontrollit².
Kur Pkritike < P0.05 -> Hipoteza Ha pranohet.

Krahasimi i rezultateve midis studimit dhe kontrollit

Tabela 1 Grupi i kontrollit dhe ai i studimit nuk kanë dallim të rëndësishëm statistikisht me 95 % besueshmëri për moshën e shtatzënisë, peshën në lindje dhe kohën e shpimit dhe në moshën në ditë pas lindjes. **Sqarimi i tabelës 1**

Variablat	Rasti	Kontrolli	Vlera p
Fëmija ne lindje 22-42 javësh	33.23	34.67	0.106
Mosha në ditë mbas lindjes	4.44	6.43	0.148
Pesha ne gr	2374.1	2169.67	0.202
Koha mes shpimit 1-10min	1.907	2.433	0.055

Karakteristikat e përgjithshme të fëmijëve në studim

Tabela 1

Grupi i kontrollit dhe ai i studimit nuk kanë dallim të rëndësishëm statistikisht me 95 % besueshmëri për moshën e shtatzënisë, peshën në lindje dhe kohën e shpimit dhe në moshën në ditë pas lindjes. Ku do permendim numrin e te dy grupimeve , mesataren e tyre, dhe devijimin ngaj standartes. **Sqarimi i tabelës 1**

Variablat	Rasti				Kontrolli			
	Numri	Mesatarja	Devijimi Standart	Devijimi Standart i mesatares së mbetjeve	Numri	Mesatarja	Devijimi Standart	Devijimi Standart i mesatares së mbetjeve
Fëmija me moshë barre 22-42 javësh	100	33.700	3.129	0.313	50	34.620	2.806	0.397
Mosha në ditë mbas lindjes	100	4.860	5.749	0.575	50	7.100	8.917	1.261
Pesha ne gr	100	2,327.800	781.795	78.179	50	2,179.800	706.485	99.912

² Ha: Hipoteza Alternative.

Koha mes çpimit 1-10min	100	1.995	1.198	0.120	50	2.320	1.236	0.175
------------------------------------	-----	-------	-------	-------	----	-------	-------	-------

Tabela 1/1 testi t i varjablave per moshen , etj

Grupi i kontrollit dhe ai i studimit nuk kanë dallim të rëndësishëm statistikiisht me 95 % besueshmëri për moshën e shtatzënisë, peshën në lindje dhe kohën e shpimit dhe në moshën në ditë pas lindjes. Ku do përmendim numrin e të dy grupimeve ,vleren e t, shkallen e liris dhe vleren e p. **Sqarimi i tabelës 1/1**

Variablat	Testi t për barazinë e mesatareve						
	Vlera t	Shkallë te lirisë	Vlera p	Diferenca e mesatare ve	Diferenca e devijimit standart të mbetjeve	Intervali i besimit me 95% besueshmëri	
						Interval i i poshtë m	Interv ali i sipër m
Fëmija me moshë barre 22-42 javësh	-1.756	148	0.081	-0.920	0.524	-1.956	0.116
Mosha në ditë mbas lindjes	-1.858	148	0.065	-2.240	1.205	-4.622	0.142
Pesha ne gr	1.128	148	0.261	148.000	131.236	- 111.338	407.33 8
Koha mes çpimit 1-10min	-1.550	148	0.123	-0.325	0.210	-0.739	0.089

Jane grupet e studimi dhe kontrolli ku jane krahasuar vlerat e para dhe te fundit te tyre dhe midis grupeve

Tabela 2 (Pershkruje e te dhenave qe ne kemi mbledhur per varjablat). Lidhur me variablat; shenjat vitale SPO2, respiracioni dhe pulsi u trajtuan ne dy situata. Një herë duke marrë në konsideratë gjendjen fillestare dhe gjendjen e fundit të fëmijëve të përfshirë në grupin e studimit dhe të kontrollit, për të gjitha shenjat vitale. Mbase i kemi mbledhur keto të dhena kemi bërë krahasimet midis tyre.

Variablat	Pesha ne lindje ne 1200gr- 3800gr	Saturimi 90%- 99% ne perqindje	Frekuenca respiratore 30 frymarrje ne 1 minute deri 60f/1 minute	Frekuenca kardiake e 110 ne 1min deri ne 160 ne1 min	koha mes shpimit 1-10 min
-----------	---	--------------------------------------	--	---	---------------------------------

Rasti	1200 deri 3800gr	89.0 deri ne 94.0	40f/m deri ne 56f/m	134 f.k/1min deri ne 140fk/1min	1-10 min
Kontrolli	1200 deri 3800 gr	86.0 deri ne 92.0	36 deri ne 58f/m	90 fk/1min deri ne 145fk/1min	1-10min

Tabela 2 : Jane grupet e studimi dhe kontrolli (pergjigja) ku jane krahasuar vlerat e para dhe te fundit te tyre dhe midis grupeve.

Në krahasimin e vlerave të para dhe të fundit midis grupeve në lidhje me shenjat vitale SPO2 u parashikua vlera e studimit 0.9156 njësi, me sinjifikance $0.000 < 0.05$ me CI (confidence interval) interval besueshmerie 95%, ku respektivisht vlera e intervalit të poshtem është 0.10211 dhe vlera e intervalit të siperm 0.14427. Në krahasimine e vlerave të para dhe të fundit midis grupeve në lidhje me Respiracionin u parashikua vlera e studimit 46.91 njësi, me sinjifikance $0.000 < 0.05$ me CI (confidence interval) interval besueshmerie 95%, ku respektivisht vlera e intervalit të poshtem është 10.154 dhe vlera e intervalit të siperm 15.407. Në krahasimine e vlerave të para dhe të fundit midis grupeve në lidhje me Pulsin u parashikua vlera e studimit 139.03 njësi, me sinjifikance $0.000 < 0.05$ me CI (confidence interval) interval besueshmerie 95%, ku respektivisht vlera e intervalit të poshtem është 15.233 dhe vlera e intervalit të siperm 25.424. Pra në baze të këtyre të dhënave, dalim në konkluzione se nga tabelat shohim se në rastin e parë ka diferencë të rëndësishme statistikisht ndërmjet studimit dhe kontrollit. Ku shenjat vitale të grupit të studimit janë me prapë vlerave normale jetike të moshës së neonatit për arsye se iu është aplikuar një metode jofarmakologjike e cila ka bërë të mundur dhe normalizimin e tyre, në krahasim me grupin e kontrollit ku vlerat e tyre janë me të ulta se sa vlerat normale jetike.

Tabela 2 për krahasimin e shenjave vitale midis rastit dhe kontrollit

Variablat	Rasti	Kontrolli	Vlera p	Intervali i poshtëm	Intervali i sipërm
Shenjat vitale SPO2	0.9156	0.8969	0.0001	0.10211	0.14427
Respiracioni	46.91	40.130	0.0001	10.154	15.407
Pulsi	139.03	128.7	0.0001	15.233	25.424

P kritike shpjegon probabilitetin e mundësive që mund të ndodh ngjarja
Intervali i besimit kufiri brenda se ciles ndodh ngjarja

Tabela 2: Per krahasimin e shenjave vitale midis rastit dhe kontrollit

Studimi: vlera e saj del e till me 0.9156 pasi numri me te cilin SPO2 eshte matur, kjo njesi i ka vlerat me te vegjel se varjablat e tjere. Pra jane ne perqindje dhe pjestohen me 100% psh 0.9156 eshte vlera e studimit per SPO2 e cila llogaritet nga mesatarja e dy vlerave 89%-94% e te mbledhura gjate manipulimeve tona, te dhenave qe ne kemi mbledhur dhe 91.5 eshte mesatarja dhe ne tabel do shenohet $91.5 / 100 = 0.9156$. Pra kemi krahasime te vlerave te para dhe te fundit midis grupave ne lidhje me shenjat vitale dhe u parashikuan vlerat e njesive me sinjifikancen $0.00 < 0.05$ me 95% te siguris se besushmeris dhe me intervalin e poshte te krahasuar me intervalin e siperm.

P kritike shpjegon probabilitetin e mundesive qe mund te ndodh ngjarja

Intervali i besimit kufiri brenda se ciles ndodh ngjarja.

Variablat	Rasti				Kontrolli			
	Numri	Mesatarja	Devijimi Standart	Devijimi Standart i mesatares së mbetjeve	Numri	Mesatarja	Devijimi Standart	Devijimi Standart i mesatares së mbetjeve
Shenjat vitale SPO2	100	0.9156	0.0367	0.00367	50	0.8969	0.0658	0.0093
Respiracioni	100	46.91	5.8138	0.58138	50	40.130	5.7103	0.80756
Pulsi	100	139.05	6.6627	0.66627	50	128.8	19.805	2.80079

Tabela 2 Testi t për barazinë e mesatareve per shenjat vitale

Variablat	Testi t për barazinë e mesatareve							
	Vlera t	Shkallët e lirisë	Vlera p	Diferenca e mesatareve	Diferenca e devijimit standart të mbetjeve	Intervali i besimit me 95% besueshmëri		
						Intervali i poshtëm	Intervali i sipërm	

Shenjat vitale SPO2	14.84	148	0.00001	0.12	0.01	0.11	0.14
Respiracioni	12.78	148	0.00001	12.79	1.00	10.81	14.77
Pulsi	9.77	148	0.00001	21.37	2.19	17.05	25.69

Per 150 femije qe u moren ne studim i ndame ne 2 grupe ku rezultuan ne keto ndarje nga njeri tjetri kishin diferenca sinifikative per secilen shenje vitale, psh per SPO2 me keto vlera 0.9156 tregon se jane shume pran vlerave normale te shenjave vitale. Edhe per pulsin qe eshte me keto vlera 42.91 tregon se jane me prane vlerave normale. Ndersa per respiracioni ku paraqitet me keto vlerat si 129.03 jane me prane vlerave normale pra te studimi se kontrolli. Prandaj themi se nga tabelat shohim se ka diferencë të rëndësishme statistikisht ndërmjet studimit dhe kontrollit ne perqindje.

P kritike shpjegon probabilitetin e mundesive qe mund te ndodh ngjarja

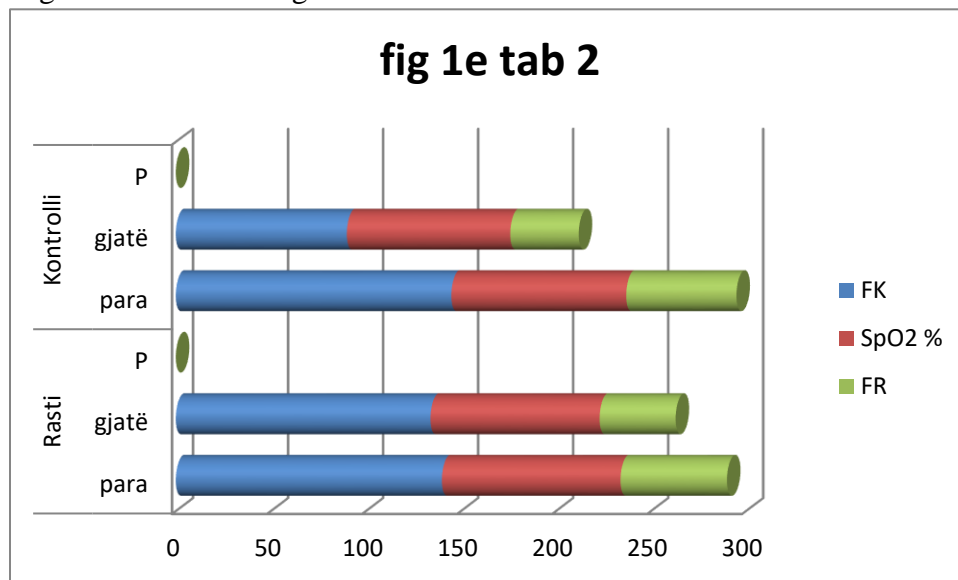
Intervali i besimit kufiri brenda se ciles ndodh ngjarja.

Tabela 2 : Jane grupet e studimit dhe te kontrollit para dhe pas cdo nderhyrje. Me shenjat vitale perkatese.

Tabela 2	Rasti			Kontrolli		
	para	gjatë	P	para	gjatë	P
FK	140	134	0.0001	145	90	0.001
SpO2 %	94.0	89.0	0.0001	92.0	86.0	0.001
FR	56	40	0.0001	58	36	0.001

Fig 1 e tabelës 2 .Kemi pershkrimin e ndryshimt te vlerave vitale ku si per studimin dhe per kontrollin, si per frekuancen respiratore, frekuancen kardiake, dhe per SPO2 te pershkuara ne %. Para dhe gjate nderhyrjeve. Ku tregon se grupi i studimit nuk kane ndryshime te vlerave vitale ne krahasim me grupin e kontollit ku vlerat vitale kishin ndryshime te dukshme sic

tregohet dhe ne kete figure.



Përsa i përket tabelës 3,

Tabela 3 Pershkruse e shprehive dhe të sjelljes së fëmijëve. Për të dy grupimet që janë marrë gjatë studimit që ne kemi realizuar.

Variablat	Shprehjet duke qare 0,1,2,3,4,5 para	Shprehjet duke qare 0,1,2,3,4,5 pas	leviz krahët dhe kembet 0,1,2,3,4,5 para	leviz krahët dhe kembet 0,1,2,3,4,5 pas	shtrengohet 0,1,2,3,4,5 para	shtrengohet 0,1,2,3,4,5 pas	Koha e qarjes Para 1-10min	Koha e qarjes Pas 1-10min	Intestiteti I qarjes para 1-10pike	Intestiteti I qarjes pas 1-10pike
Studimi	4	0	4	1	5	1	3min	1min	5	1
Kontrolli	5	5	5	5	4	4	4min	4min	7	7

Tabela 3 e shprehive dhe të sjelljes së fëmijëve,(pergjigjet e tabelës pershkruse)

Tabela 3: Paraqet testin Paired që tregon korrelacionin, fortesinë e lidhjes midis variablave.

Për çiftet e studiuara në tabelën 3 vëhet re se pranohet Hipoteza Alternative pasi vlerat e p-ve janë me të vogla se 0.05. Përpjesa përfaqëson përqindjen rasteve të marra në studim përmbi totalin e vrojtuar. $100/150 = 66.7\%$ dhe $50/150 = 33.3\%$

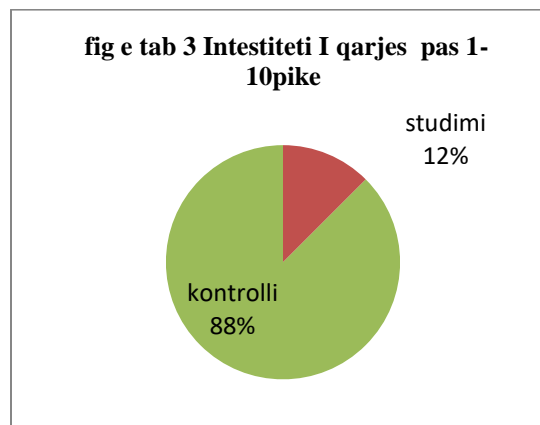
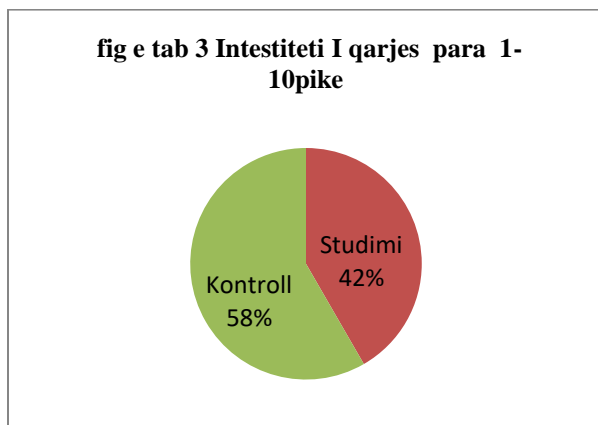
Në teorinë e probabilitetit dhe statistikës, devijimi standard është masa e variacionit ose shpërhapjes së të dhënave, apo shpërndarjes së probabilitetit. Devijimi standart i ulët do të thotë se pikat e të dhënave janë të grupuara shumë afër të njëjtës vlerë (mesatare), ndërsa devijimi standard i lartë nënkupton se të dhënat janë të vendosura në një grup më të madh vlerash.

Variablave të tjerë shohim se në rastin e studimit ka diferencë të rëndësishme statistike para dhe pas ndërhyrjeve të fëmijët. Ketu janë marrë vetëm ata me ndërhyrje pasi për këto grup duam

te shohim nese ndërhyrja ka dhene efekt apo jo. Po ashtu tek tabela nr 3 ku paraqesim ndryshimin e shprehive, para cdo procedure dhe pas nderhyrjeve qe ne zbatonim per te ulur intesitetin e dhimbjes, ndermjet dy grupimeve kishte diferenca te medha. Pra tek femijet qe ne studiuam shperhite si te qarat, levizjet e kraheve, intensiteti i dhimbjes ishin me te ulura ne vlera se sa ata te kontrollit. Dhe kjo paraqitet ne tabelen nr 3. **Sqarim i Tabeles 3**

Tabela 3		Testi Paired			
		Diferenca e Mesatareve Paired	Vlera p	Intervali i poshtëm	Intervali i sipërm
Pair 1	Shprehjet, duke qare para - pas	2.857	0.001	2.569	3.145
Pair 2	Lëviz krahët dhe këmbët para-pas	2	0.001	1.767	2.233
Pair 3	Shtërngohet para-pas	2.029	0.001	1.847	2.21
Pair 4	Koha e qarjes para-pas	1.74929	0.001	1.49303	2.00554
Pair 5	Intensiteti i qarjes para-pas	4.357	0.001	3.916	4.798

Figura e tabelës 3: Pra sipas të dhënave që ne kemi marrë, dalim në një konkluzion që grupi i studimit për analizën statistikore intesitetin e të qarit si para dhe pas ndërhyrjes janë të dukshme që në rastin e parë, pra gjatë manipulimit koha e qarjes për të dy është në shifra të përafërta kontrolli me 58% dhe studimi me 42%, ndërsa për rastin e 2 pas ndërhyrjes shikohen diferenca të mëdha ku intesiteti i të qarit të kontrollit është 88% dhe tek studimi që ne kemi realizuar ndërhyrjet është 12%. Pra shikojmë që ndërhyrje thelbësore ndërmjet dy grupimeve atë të studimit me të kontrollit kanë patur rezultate pozitive.



Pershkrimi i grupit të studimit me të kontrollit në mesatare dhe në përpjesë.

Në analizë janë marrë 150 raste nga të cilët 100 janë të Studimit dhe 50 Kontrollit, ose në përqindje 66.7 % me 33.3%. Në rastin e parë kemi që mesatarja e Studimit për Shenjat vitale SPO2 është 0.9156, respiracioni 46.91 dhe pulsi 139.05 ndërkohë që për kontrollin vlerat janë respektivisht 0.8969, 40.62 dhe 118.8.

Tabela 3/1 Variablat	Rasti			Kontrolli		
	Numri	Mesatarja	Përpjesa %	Numri	Mesatarja	Përpjesa %
Shenjat vitale SPO2	100	0.9156	66.7	50	0.8969	33.3
Respiracioni	100	46.91	66.7	50	40.62	33.3
Pulsi	100	139.05	66.7	50	128.8	33.3

Ne tabelen 3/2 te testit te bere kemi : Në teorinë e probabilitetit dhe statistikës, devijimi standard është masa e variacionit ose shpërhapjes së të dhënave, apo shpërndarjes së probabilitetit. Devijimi standart i ulët do të thotë se pikat e të dhënave janë të grupuara shumë afër të njëjtës vlerë (mesatare), ndërsa devijimi standard i lartë nënkupton se të dhënat janë të vendosura në një grup më të madh vlerash. Per te gjitha varjablat qe ne rastin tone jane percaktuar si Pair 1,2,3,4 behet mesatarja e te dhenave per modelin e paired dhe me korelacionin qe ka fortesia e lidhjes midis varjablave. Ku ne kete rast vleren P e kemi per ciftet e studiuara ne tabelen 3 vihet re se pranohet Hipoteza Alternative pasi vlerat e p-ve jane me te vogla se 0.05. pra ajo pranohet. Ku paraqesim ndryshimin e shprehive, para cdo procedure dhe pas nderhyrjeve qe ne zbatonim per te ulur intesitetin e dhimbjes, ndermjet dy grupimeve kishte diferenca te medha. Pra tek femijet qe ne studiuam shperhite si te qarat, levizjet e kraheve, intensiteti i dhimbjes ishin me te ulura ne vlera se sa ata te kontrollit. Dhe kjo paraqitet ne tabelen nr 3. Kemi nxjerre ne pah vleresimin e shperhite te femijeve qe pesonin nderhyrje dhe kishin rezulte , ku studimi ndryshonin nga njeri tjetri ne vlerat e tyre, sepse ndryshonte vlera nga e pare deri tek e fundit. Jane krahasime te mesatare, devijimit standart, vlera t dhe vlera p. Po ashtu tek tabela nr 3 ku paraqesim ndryshimin e shprehive, para cdo procedure dhe pas nderhyrjeve qe ne zbatonim per te ulur intesitetin e dhimbjes, ndermjet dy grupimeve kishte diferenca te medha. Pra tek femijet qe ne studiuam shperhite si te qarat, levizjet e kraheve, intensiteti i dhimbjes ishin me te ulura ne vlera se sa ata te kontrollit. Dhe kjo paraqitet ne tabelen nr 3/2.

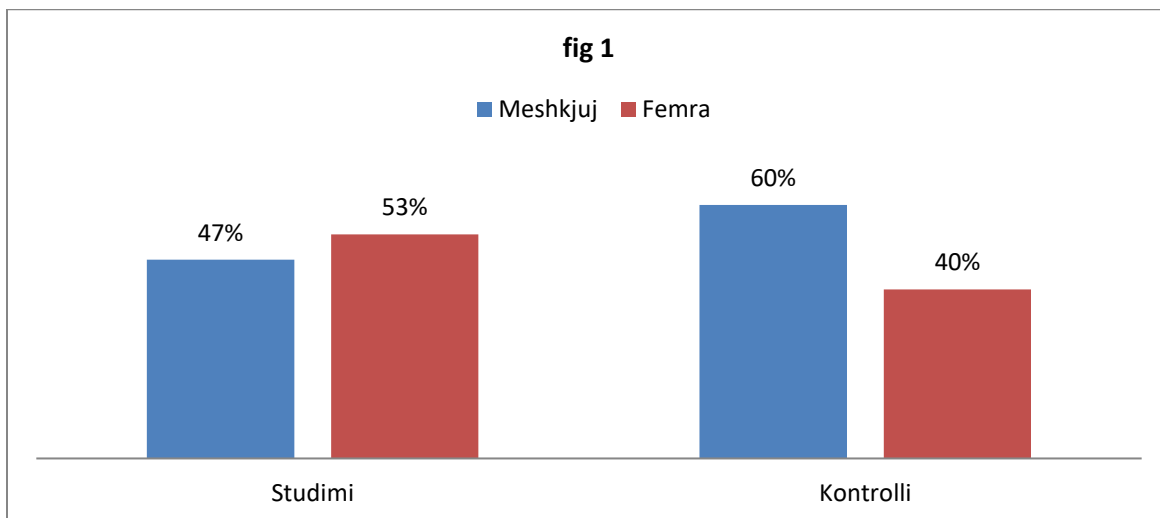
Tabela e shprehive dhe te sjelljes se femijeve

Tabela 3 /2		Paired Samples Test				
		Paired Differences		Vlera t	Shkall	Vlera

		Mesatarja	Devijimi Standart	Devijimi Standart i mesatares së mbetjeve	Intervali i besimit me 95% besueshmëri			ët e lirisë	p
					Intervali i poshtëm	Intervali i poshtëm			
Pair 1	shprehjet, duke qare para - pas	1.840	1.618	0.132	1.579	2.101	13.926	149	0.001
Pair 2	leviz krahet dhe kembet para-pas	1.313	1.243	0.102	1.113	1.514	12.939	149	0.001
Pair 3	shtrengohet para-pas	1.287	1.095	0.089	1.110	1.463	14.390	149	0.001
Pair 4	koha e qarjes para-pas	1.091	1.250	0.102	0.890	1.293	10.689	149	0.001
Pair 5	intesiteti i qarjes para-pas	2.940	2.549	0.208	2.529	3.351	14.124	149	0.001

Statistika përshkruese

Përpara se të bëjmë krahasime statistikore ndërmjet grupeve që janë marrë në studim është e nevojshme që të bëjmë disa analiza përshkruese të të dhënave tona. Nga 100 fëmijë që janë marrë në grupin e studimit, siç mund të vihet re edhe në grafik, 53 % janë femra dhe pjesa tjetër meshkuj ndërsa nga 50 fëmijë që janë marrë në grupin e kontrollit 40 % janë femra dhe 60 % janë meshkuj.



Nga grafiku më poshtë Fig 2 shohim se tipi më i rëndësishëm i ndërhyrjes është me biberon i ndjekur nga, qumeshi i gjirit, kontakti lekur-lekure, e folura, dhe ne fund ndërhyrja me glukozë për grupin e studimit dhe të kontrollit.

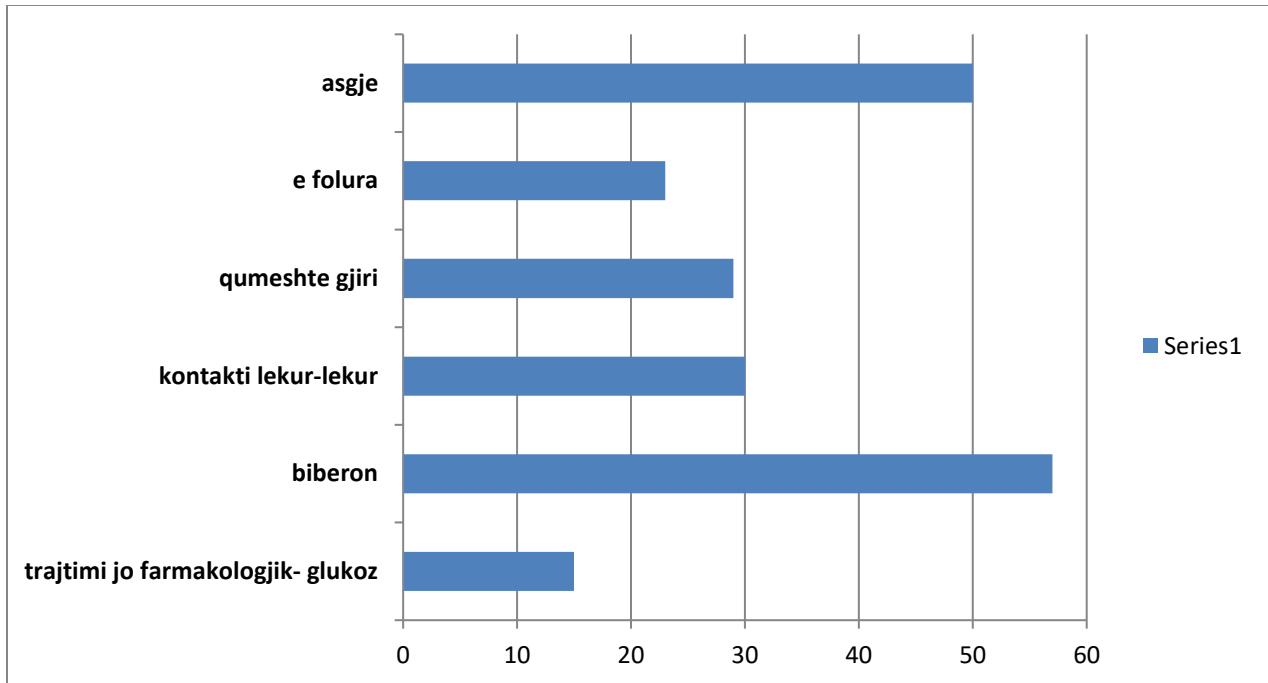


Figura 3

Nga grafiku me poshtë shohim se shumica e fëmijëve janë **me moshë barre 30 deri 40 javeshe** te te dy grupimeve ate te studhimit dhe ate te kontrollit.

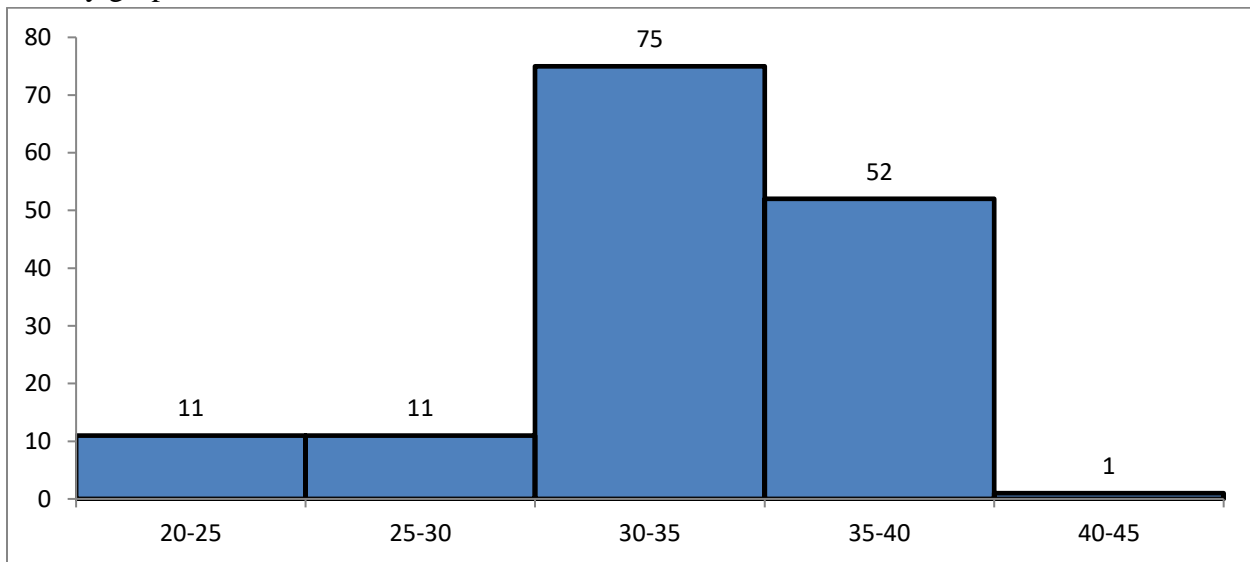


Figura 4

Nga grafiku me poshtë shohim se **pesha ne gr** e fëmijëve ka një shpërndarje më të njëtrajtshme në të gjithë intervalet....

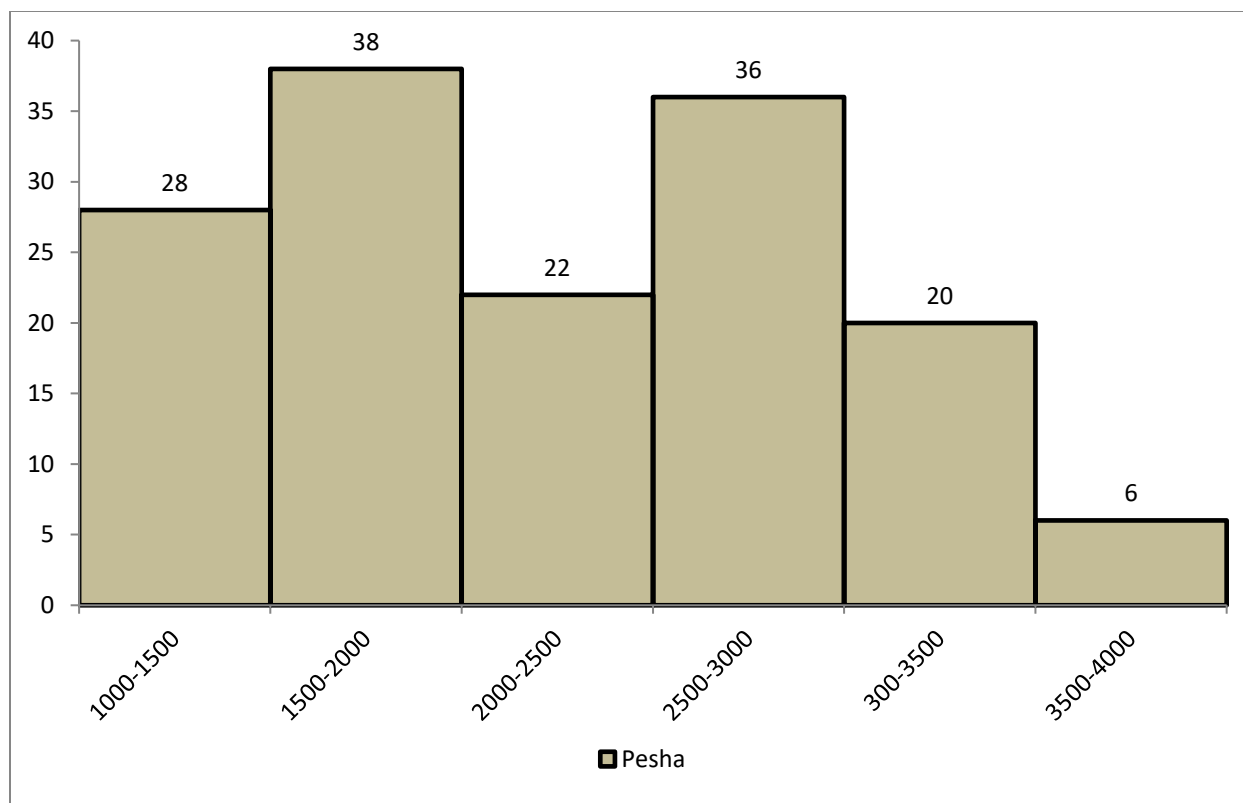


Figura 5
Shprehjet duke qarë:
Para dhe pas cdo nderhyrjeve: vetem per studimin

Persa I perkete varjablave te intesitetit te te qarit do te shikojme se ne rastin e studimit ka diferenca te rendesishme statitikiqhte para dhe pas nderhyrjes ku do te shohim se disa nga shprehit e femijeve ndryshonin si para dhe pas procedurave te ndryshme, pra femija fillon te qaj kur ne benin procedurat qe I perket vleres 58% dhe kur ne nderhynim me medodat tona te ndryshme jo farmakologjike femija qetesoheshe, ku I perket vleres me te ulet te grafikut qe eshte me 3%. Ku nr lderi te 5 I perkasin nderhyrjeve jo farmakologjike si psh: Trajtimi jo farmakologjik- glukoz (1)Biberon (2)Kontakti lëkur-lëkur (3)Qumësht gjiri (4), e folura (5) dhe 0 asgje, perseri sipas studimit qe ne kemi bere keto procedura kane diferencat midis tyre. Keto jane vetem te grupit te studimit.

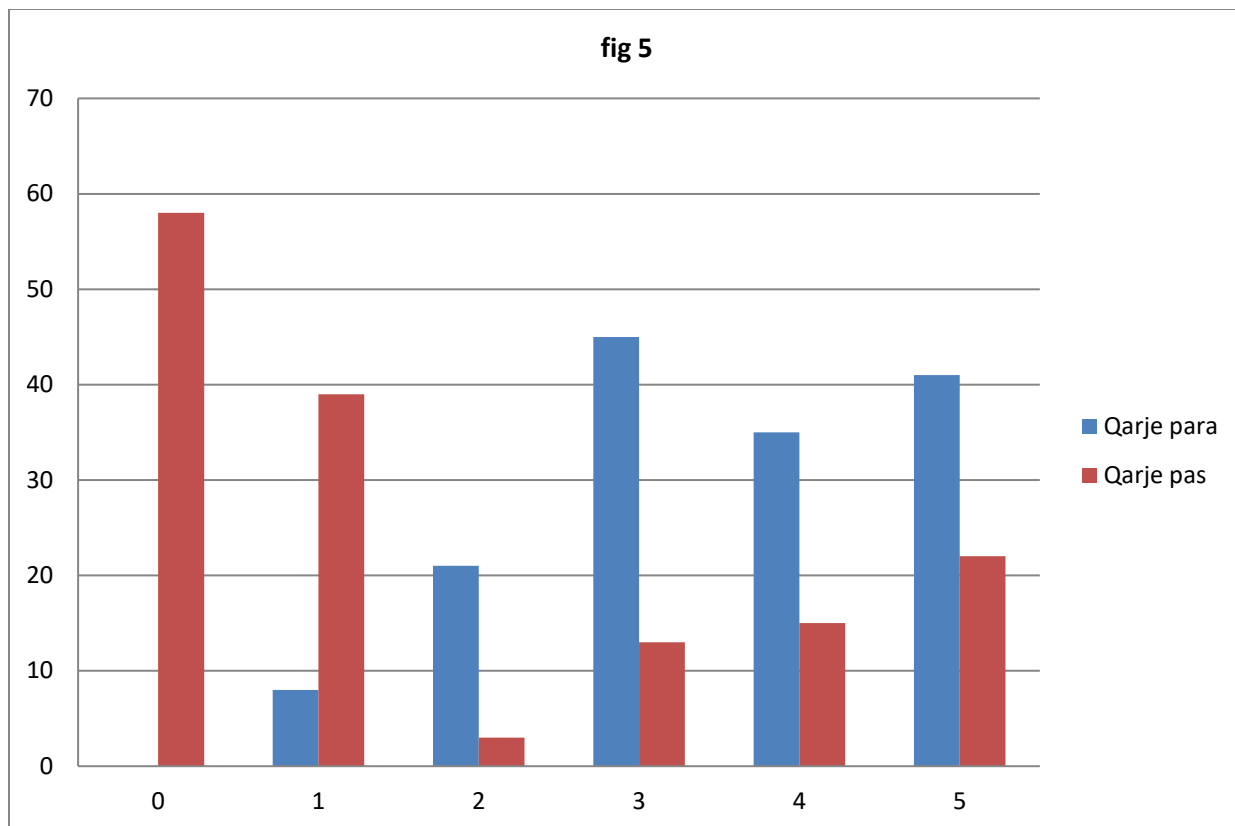


Figura 6
Lëviz krahët dhe këmbët:
Para dhe pas cdo nderhyrjeve: vetem per studimin

Po ashtu u vleresua dhe nivelin e shkalles se dhimbjes nga 0 ne 7 bazuar ne shtate karakteristika te sjelljes, shprehi e fytyres, te qarat, levizja e kraheve dhe kembeve dhe zgjimit. Pervec kesaj, shembulli I frymemarrjes perdoret si nje parameter fiziologjik. Një rezultat më i lartë i përgjithshëm tregon dhimbjen më intensive. Po ashtu dhe krahasimi tjetër duke krahasuar levizjen e kraheve dhe kembe para cdo procedure dhe pas cdo nderhyrje qe ne kemi aplikuar, dhe perseri sipas studimit qe ne kemi bere keto procedura kane diferencat midis tyre. Ku vlerat me te larta I perket pas nderhyrjes jo farmakologjike ku I perket shifres 88% dhe ajo para nderhyrjes jo farmakologjike qe I perket shifres 50%. Pra dhe ky grafik na tregon se levizjet e kraheve dhe te kembeve, ndryshonin per te dy niveleve te nderhyrjes. Qe tregoj

efikasitet te mire po qe se ne nderhyjme per te ulur intesitetin e dhimbjes do kishim rezultat te mire. Trajtimi jo farmakologjik- glukoz (1)Biberon (2)Kontakti lëkur-lëkur (3)Qumësht gjiri (4), e folura (5) dhe perseri sipas studimit qe ne kemi bere keto procedura kane diferencat midis tyre. Keto jane vetem te drupit te studimit

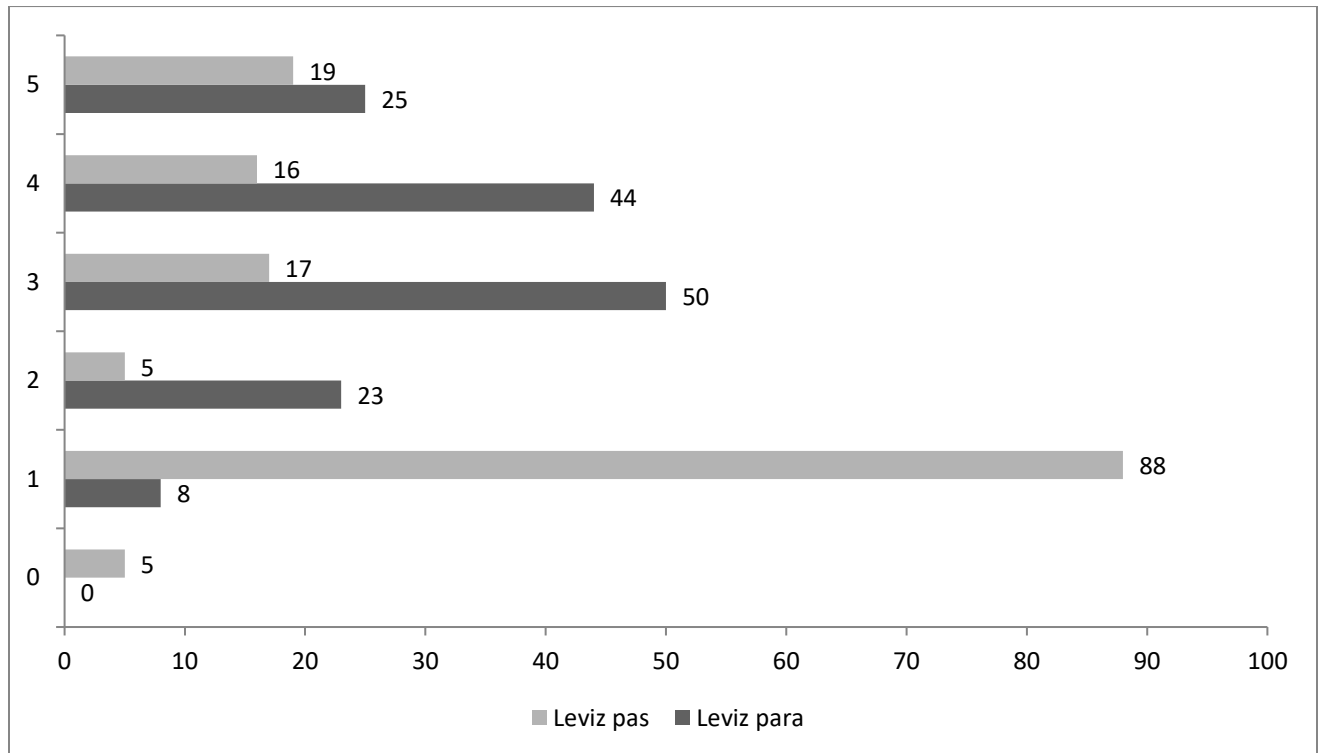
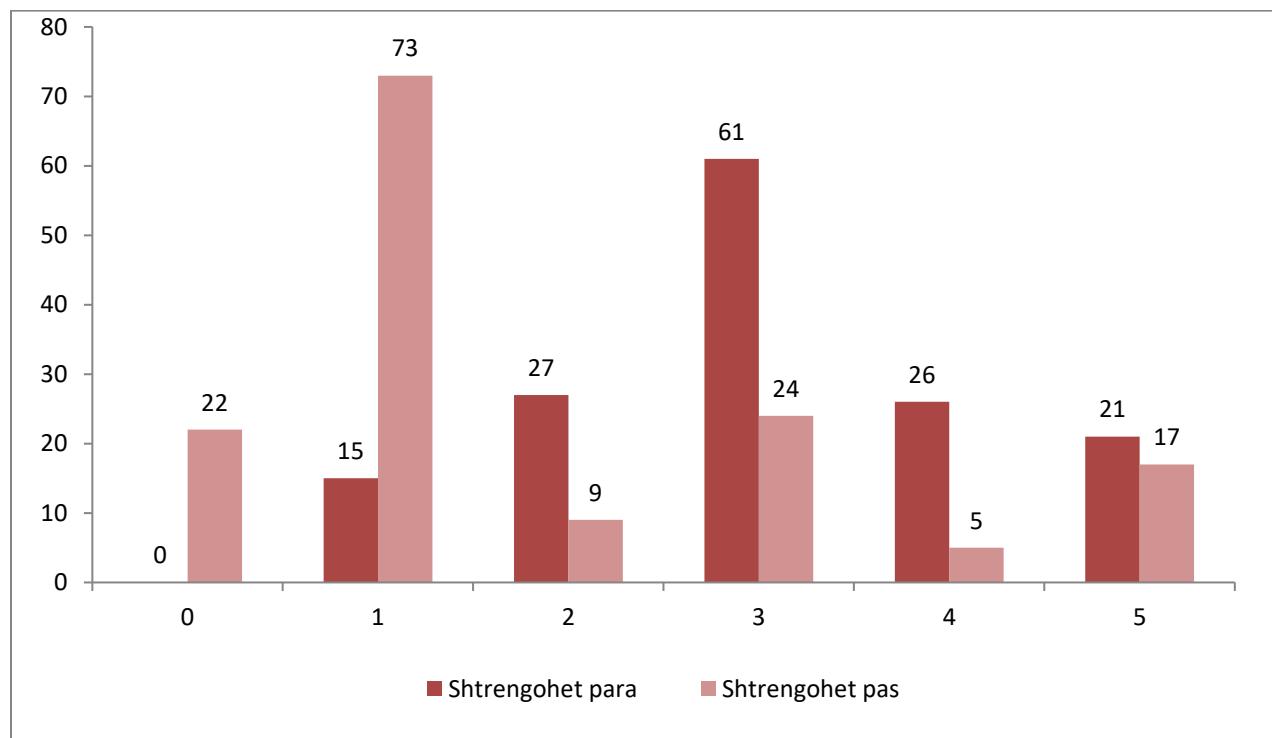


Figura 7
Shtrengohet
Para dhe pas cdo nderhyrjeve: vetem per studimin

Persa I perkete varjablave te tjere do te shikojme se ne rastin e studimit ka diferenca te rendesishme statitkishte para dhe pas nderhyrjes ku do te shohim se disa nga shprehit e femijeve ndryshonin si para dhe pas procedurave te ndryshme, pra vihen re se shtrengimet e femijes jane me te zbutura pas nderhyrjes me shifren me te ulur qe eshte 5%., dhe ate me te larte para nderhyrjes qe eshte me shifren me te larte 61% ketu ne mund te krahasojme dhe ne vetvete Brenda nderhyrjeve jo farmakologjike qe jane nga 1 deri te 5 kane ndryshime sinjifikative. Pra ne kete tablele vihen re variabla ku kemi bere nderhyrjen dhe

femija është me I qete dhe nuk shterengohet shume. Trajtimi jo farmakologjik- glukoz(1),Biberon(2), Kontakti lëkur-lëkur (3), Qumësht gjiri (4), e folura (5) dhe perseri sipas studimit qe ne kemi bere keto procedura kane diferencat midis tyre. Keto jane vetem te grupit te studimit. Sqarimi I fig 7



Krahasimi i rezultateve midis grupeve të studimit dhe kontrollit:

Për rastin 1, duke qenë se ka diferenca të rëndësishme statistikisht ndërmjet grupit të studimit dhe kontrollit do të ishte me interes që të thellonim disi më tepër analizat tona për të kuptuar se ndërmjet kujt grupeve janë më konkretisht këto diferenca. Për të bërë këtë analizë grupin e studimit e kemi ndarë sipas kategorive të ndërhyrjes:

- Trajtimi jo farmakologjik- glukoz (1)
- Biberon (2)
- Kontakti lëkur-lëkur (3)
- Qumësht gjiri (4)

Variabëlin “e folura” nuk e kemi përfshirë në studim pasi disa nga proceset e ndërhyrjeve të mësipërme shoqërohen edhe me të folurën edhe në këtë mënyrë për të nxjerr më në pah efektin e secilit variabël e kemi shmangur nga analiza.

Fillimisht kemi marrë në studim variabëlin “shenjat vitale SPO2” për të cilin kemi krahasuar nëse ka diferenca të rëndësishme statistikisht ndërmjet grupeve. Nga tabela anova siç mund të shihet kemi diferenca të rëndësishme pasi vlera F është shumë e madhe dhe ka një vlerë $p = 0.000 < 0.05$ që na tregon se mesataret tona nuk janë të barabarta.

Tabela 4 ANOVA					
SPO2					
	Shuma e katrorëve	Shkallët e lirisë	Katrori mestar	F	p
Midis grupeve	0.52	4	0.13	56.19	0.0001
Brenda grupeve	0.34	145	0.00		
Totali	0.86	149			

Për të parë më konkretisht se ndërmjet kujt variablave kemi diferenca të rëndësishme kemi përdorur procedurën Tukey HSD. Kjo procedurë është bërë edhe me teste të tjera dhe rezultatet statistikore janë të njëjta.

Është interesant fakti që për të gjitha metodat e ndërhyrjeve ka diferencë të rëndësishme statistikore me kontrollin ndërsa ndërmjet tyre nuk ka diferenca të rëndësishme statistikisht. Thënë me fjalë të tjera metoda e ndërhyrjes ka të njëjtin efektet statistikisht.

Nga studimi që kemi bërë ne hamendesuam se foshnjat qetesoheshin me shume shpejt me menaxhimin e dhimbjes (FTP) sesa pa kete nderhyrje sidomos pas aspirimit endotrakeal/ faringeal. Ne baze te te dhenave qe na dalin nga tabelat e mesiperme , ku kemi te pasqyruara ndryshimet e shenjave vitale ku ne rastin e studimit dhe ne rastin e kontrollit. Nga studimi qe kemi bërë ne hamendesuam se efektet afatshkurtra anesore te lidhura me menaxhimin e FTP-se nuk ndryshojne nga ato me glukoze orale dhe oxidone intravenoz foshnjat e porsalindura.

Shënim: kodet në tabelën më poshtë korrespondojnë me variablat, pra kodi 1 do të thotë që është variabëli trajtimi jo farmakologjik- glukoz, e kështu me radhë. Kodi 0 është që nuk ka ndërhyrje.

Në tabelat 4/1 Gjithmon do flasim per SPO2.

Përpara se te komentojme rezultatet e tabelës se me poshtme duhet te percaktojme qarte hipotezat te cilat jane:

H0: Nuk ka ndryshim te rendesishem statistikisht ndermejt studimit dhe kontrollit³.

Kur Pkritike $> P0.05$ -> Hipoteza HO pranohet.

Ha: Ka ndryshim te rendesishem statistikisht ndermejt studimit dhe kontrollit⁴.

³ HO: Hipoteza fillestare.

⁴ Ha: Hipoteza Alternative.

Kur $P < P0.05$ -> Hipoteza H_a pranohet.

¹ H_0 : Hipoteza fillestare.

¹ H_a : Hipoteza Alternative.

Per varjabilin I te dhenat jane te shperndara ne 4 njesi Kodi 0 nuk ka nderhyrje, per kete kod merren vlerat e saj dhe behet diferenca me varjabilin J. Per cdo kategori te varjabilit J ka te dhena specifike dhe behet diferenca midis varjableve I-J

Ateher tek 1 Varjabli I/0 dhe varjabli J/1 ku $P 0.00 < se 0.05$ H_a qendron se te dy varjablat te lidhjes midis tyre I kane statistikisht te qendryshme. Pra per kete kod ku nuk është perdorur asgje diferenca e mesatares jane te rendesishme.pra shikojm qe kan e vlera te vecanta femijev qe nuk I jane bere asnje nderhyrje dhe atyre qe I jane bere nderhyrjet. Pra Vlera P ketu tek ky varjabel qendron.

Ndersa per Varjabilin I/1 Me J/2 qendron Hipoteza H_0 ku $P 0.973 > se 0.05$ nuk jane statistikishte te perfillshme.pra dalim ne konkluzione se tek fëmijët ku ne kemi bere nderhyrjen jo-farmakologjike vlerat vitale e Spo2 nuk ndyshonin shume. Dhe dalim ne konkluzione se mesatarja e njesive matese te ketyre grupimeve nuk ndryshonin shume nga vlerat normale. Po keshtu jane te qarta dhe varjablat e tjere ne krahasime ne njeri tjetrin.

Tabela per Krahasimet e shumëfishta te SPO2

Tabela 4/1		Krahasimet e shumëfishta				
SPO2						
Tukey HSD						
Variabli (I)	Variabli (J)	Diferenca e mesatareve (I-J)	Devijimi standard i gabimit	p	intervali i besimit me 95%	
					Vlera e poshtme	Vlera e sipërme
0 asgje	1	-0.136	0.014	0.000	-0.176	-0.097
	2	-0.128	0.009	0.000	-0.154	-0.102
	3	-0.111	0.013	0.000	-0.147	-0.074
	4	-0.110	0.017	0.000	-0.156	-0.064
1glukoz	0	0.136	0.014	0.000	0.097	0.176
	2	0.009	0.014	0.973	-0.030	0.047
	3	0.026	0.017	0.545	-0.021	0.072
	4	0.026	0.020	0.668	-0.028	0.081
2 biberon	0	0.128	0.009	0.000	0.102	0.154
	1	-0.009	0.014	0.973	-0.047	0.030
	3	0.017	0.013	0.677	-0.019	0.053
	4	0.018	0.017	0.818	-0.028	0.063
3 lekure	0	0.111	0.013	0.000	0.074	0.147
	1	-0.026	0.017	0.545	-0.072	0.021
	2	-0.017	0.013	0.677	-0.053	0.019
	4	0.001	0.019	1.000	-0.052	0.053
4 gjiri	0	0.110	0.017	0.000	0.064	0.156

1	-0.026	0.020	0.668	-0.081	0.028
2	-0.018	0.017	0.818	-0.063	0.028
3	-0.001	0.019	1.000	-0.053	0.052

Nga tab 5- 5/1 Gjithmon do flasim per respiracionin

Përpara se te komentojme

rezultatet e tabelës se me poshtme duhet te percaktojme qarte hipotezat te cilat jane:

H₀: Nuk ka ndryshim te rendesishem statistikisht ndermejt studimit dhe kontrollit⁵.

Kur Pkritike >P0.05 -> Hipoteza H₀ pranohet.

H_a: Ka ndryshim te rendesishem statistikisht ndermejt studimit dhe kontrollit⁶.

Kur P kritike < P0.05 -> Hipoteza H_a pranohet.

¹ H₀: Hipoteza fillestare.

¹ H_a: Hipoteza Alternative.

Per varjabilin I te dhenat jane te shperndara ne 4 njesi Kodi 0 nuk ka nderhyrje, per kete kod merren vlerat e saj dhe behet diferenca me varjabilin J. Per cdo kategori te varjabilit J ka te dhena specifike dhe behet diferenca midis varjableve I-J

Ateher tek 1 Varjabli I/0 dhe varjabli J/1 ku P 0.00 < se 0.05 H_a qendron se te dy varjablat te lidhjes midis tyre I kane statistikisht te qendryshme. Pra per kete kod ku nuk është përdorur asgjë diferenca e mesatares jane te rendesishme.pra shikojm qe kan e vlera te vecanta femijev qe nuk I jane bere asnje nderhyrje dhe atyre qe I jane bere nderhyrjet. Pra Vlera P ketu tek ky varjabel qendron.

Ndersa per Varjabilin I/1 Me J/2 qendron Hipoteza H₀ ku P 0.704 > se 0.05 nuk jane statistikishte te perfillshme.pra dalim ne konkluzione se tek fëmijët ku ne kemi bere nderhyrjen jo-farmakologjike vlerat vitale e respiracionit. nuk ndyshonin shume. Dhe dalim ne konkluzione se mesatarja e njesive matese te ketyre grupimeve nuk ndryshonin shume nga vlerat normale. Po keshtu jane te qarta dhe varjablat e tjere ne krahasime ne njeri tjetrin.

Nga tab 5- 5/1 Gjithmon do flasim per respiracionin

Tabela 5 ANOVA					
respiracioni					
	Shuma e katrorëve	Shkallët e lirisë	Katrori mestar	F	p
Midis grupeve	5663.809	4	1415.952	43.379	0.0001
Brenda grupeve	4732.965	145	32.641		
Totali	10396.773	149			

⁵ H₀: Hipoteza fillestare.

⁶ H_a: Hipoteza Alternative.

Tabela 5/1 Krahاسimet e shumëfishta (Multiple Comparisons)						
respiracioni						
Tukey HSD						
(I) nder	(J) nder	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
0 asgje	1	-11.380	1.682	0.000	-16.026	-6.734
	2	-13.503	1.107	0.000	-16.561	-10.445
	3	-10.436	1.570	0.000	-14.774	-6.097
	4	-15.080	1.979	0.000	-20.547	-9.613
1 glukoz	0	11.380	1.682	0.000	6.734	16.026
	2	-2.123	1.658	0.704	-6.703	2.457
	3	0.944	1.997	0.990	-4.573	6.462
	4	-3.700	2.332	0.509	-10.143	2.743
2 biberon	0	13.503	1.107	0.000	10.445	16.561
	1	2.123	1.658	0.704	-2.457	6.703
	3	3.067	1.545	0.278	-1.200	7.334
	4	-1.577	1.959	0.929	-6.988	3.834
3 lekure	0	10.436	1.570	0.000	6.097	14.774
	1	-0.944	1.997	0.990	-6.462	4.573
	2	-3.067	1.545	0.278	-7.334	1.200
	4	-4.644	2.253	0.243	-10.869	1.580
4 gjiri	0	15.080	1.979	0.000	9.613	20.547
	1	3.700	2.332	0.509	-2.743	10.143
	2	1.577	1.959	0.929	-3.834	6.988
	3	4.644	2.253	0.243	-1.580	10.869

Studimi qe kemi bere ne hamendesuam se foshnjat qetesoheshin me shume shpejt me menaxhimin e dhimbjes (FTP) sesa pa kete nderhyrje sidomos pas aspirimit endotrakeal/ faringeal. Ne baze te te dhenave qe na dalin nga tabelat, ku kemi te pasqyruara ndryshimet e shenjave vitale ku ne rastin e pulsit kemi krahasime midis studimit dhe ne rastin e kontrollit. Nga studimi qe kemi bere ne hamendesuam se efektet afatshkurtra anesore te lidhura me menaxhimin e FTP-se nuk ndryshojne nga ato me glukozë orale dhe oxidone intravenoz foshnjat e porsalindura. Trajtimi jo farmakologjik- glukoz(1),Biberon(2), Kontakti lëkur-lëkur (3), Qumësht gjiri (4), e folura (5) dhe perseri sipas studimit qe ne kemi bere keto procedura kane diferencat midis tyre. Keto jane vetem te grupit te studimit.

Ne tab 6 -6/1 Gjithmon do flasim per pulsin

Përpara se te komentojme rezultatet e tabelës se me poshtme duhet te percaktojme qarte hipotezat te cilat jane:

H₀: Nuk ka ndryshim te rendesishem statistikisht ndermejt studimit dhe kontrollit⁷.

Kur Pkritike >P0.05 -> Hipoteza H₀ pranohet.

H_a: Ka ndryshim te rendesishem statistikisht ndermejt studimit dhe kontrollit⁸.

⁷ H₀: Hipoteza fillestare.

⁸ H_a: Hipoteza Alternative.

Kur $P < P0.05$ -> Hipoteza H_a pranohet.

¹ H_0 : Hipoteza fillestare.

¹ H_a : Hipoteza Alternative.

Per varjabilin I te dhenat jane te shperndara ne 4 njesi Kodi 0 nuk ka nderhyrje, per kete kod merren vlerat e saj dhe behet diferenca me varjabilin J. Per cdo kategori te varjabilit J ka te dhena specifike dhe behet diferenca midis varjableve I-J

Ateher tek 1 Varjabli I/0 dhe varjabli J/1 ku $P < 0.05$ Ha qendron se te dy varjablat te lidhjes midis tyre I kane statistikisht te qendryshme. Pra per kete kod ku nuk është perdorur asgje diferenca e mesatares jane te rendesishme.pra shikojm qe kan e vlera te vecanta femijev qe nuk I jane bere asnje nderhyrje dhe atyre qe I jane bere nderhyrjet. Pra Vlera P ketu tek ky varjabel qendron.

Ndersa per Varjabilin I/1 Me J/2 qendron Hipoteza H_0 ku $P > 0.05$ nuk jane statistikishte te perfillshme. Pra dalim ne konkluzione se tek femijët ku ne kemi bere nderhyrjen jo-farmakologjike vlerat vitale e pulsin nuk ndyshonin shume. Dhe dalim ne konkluzione se mesatarja e njesive matese te ketyre grupimeve nuk ndryshonin shume nga vlerat normale. Po keshtu jane te qarta dhe varjablat e tjere ne krahasime ne njeri tjetrin.

Ne tab 6 -6/1 Gjithmon do flasim per pulsin

Tabela 6 ANOVA					
Pulsi					
	Shuma e katrorëve	Shkallët e lirisë	Katrori mestar	F	p
Midis grupeve	15501.106	4	3875.276	24.080	0.0001
Brenda grupeve	23335.088	145	160.932		
Totali	38836.193	149			

Është interesant fakti që për të gjitha metodat e ndërhyrjeve ka diferencë të rëndësishme statistike me kontrollin ndërsa ndërmjet tyre nuk ka diferenca të rëndësishme statistikisht. Thënë me fjalë të tjera metoda e ndërhyrjes ka të njëjtin efektet statistikisht. Të njëjtën gjë që kemi bërë për variabëlin e pulsit.

6/1 Gjithmon do flasim per pulsin

Tabela 6/1 Krahasimet e shumëfishta (Multiple Comparisons)						
Puls						
Tukey HSD						
(I) nder	(J) nder	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
0 asgje	1	-23.453	3.735	0.000	-33.770	-13.137
	2	-22.022	2.458	0.000	-28.812	-15.232
	3	-18.264	3.487	0.000	-27.897	-8.632
	4	-20.120	4.395	0.000	-32.259	-7.981
1 glukoz	0	23.453	3.735	0.000	13.137	33.770

	2	1.432	3.681	0.995	-8.738	11.601
	3	5.189	4.435	0.768	-7.062	17.440
	4	3.333	5.179	0.968	-10.973	17.640
2 biberon	0	22.022	2.458	0.000	15.232	28.812
	1	-1.432	3.681	0.995	-11.601	8.738
	3	3.757	3.430	0.809	-5.717	13.232
	4	1.902	4.349	0.992	-10.113	13.916
3 lekure	0	18.264	3.487	0.000	8.632	27.897
	1	-5.189	4.435	0.768	-17.440	7.062
	2	-3.757	3.430	0.809	-13.232	5.717
	4	-1.856	5.003	0.996	-15.677	11.966
4 gjiri	0	20.120	4.395	0.000	7.981	32.259
	1	-3.333	5.179	0.968	-17.640	10.973
	2	-1.902	4.349	0.992	-13.916	10.113
	3	1.856	5.003	0.996	-11.966	15.677

Diskutimi

Sipas WHO (World Health Organisation) ,dhimbja eshte nje ndjesi e pakendshme sensore apo emocionale, pra me natyre fizike ose emocionale, gjithje subjektive,e lidhur ose jo me nje dentim indor. Mund te themi se eshte nje fenomen multidimensional. Dhimbja eshte nje fenomen kompleks qe ka marre vemendje te madhe ne Pediatri, vecanerisht ne femijet e shtruar ne repartet e terapise intensive te neonatologjise, pediatrie dhe kirurgjise infantile. Dhimbja eshte nje simptome e shpeshte ne rrjedhen e semundjes: shpesh shenje e rendesishme per diagnozen fillestare, faktor i ndjeshem ne percaktimin e evolucionit pozitiv ose negativ, prezence e pamohueshme gjate procedurave te shumta diagnostikuese ose mjekuese dhe shfaqje konstante frike dhe ankthi per gjithcka cka semundja sjell.(1,2,3,) Eshte e sigurte tashme, qe nuk ekzistojne limite moshe ne perceptimin e dhimbjes. Vitet e fundit njohurite e mbledhura rreth

dhimbjes neonatale dhe pediatrike jane te shumta sa per te siguruar nje mjekim antalgjik korrekt dhe efikas ne pothuajse ne te gjitha rastet. Por realisht, ne klinikat aktuale situata eshte larg mundesive reale. Ura midis njohurive shkencore te disponueshme dhe sjelljes se observuar, identifikon nje problem te rendesishem te renies se kerkimeve mbi cilesine e kurave. Nuk ekziston nje mase objektive e dhimbjes, ajo nuk mund te percaktohet, identifikohet ose te matet saktesisht nga nje observues. Studimi i dhimbjes kohet e fundit ka terehequr shume fusha duke përfshire këtu : mjeket anesteziste, stomatologe, farmacinë, neurobiologjinë, infermierinë, fizioterapinë dhe psikologjinë. Ne mosha dhe ne stade te ndryshme zhvillimi, femijet perjetojne dhimbjen ne menyra te ndryshme. Vleresimi i dhimbjes dhe trajtimi i saj behet mbi disa te dhena klinike baze. Personeli mjeksor duhet te njohe shenjat qe jep dhimbja duke futur sjelljen e femijes, pozicionin qe mban, pergjigjen motore, ekspresionin e fytyres, leshimin e klithmave jo verbale qe tregojne prezencen, lokalizimin dhe gravitetin e dhimbjes.(1,2,3,)

Vlerësimi i besueshëm i dhimbjes ishte një nga sfidat e para te hulumtimit te dhimbjes se foshnjeve premature dhe kjo sfidë ende ekziston edhe sot. Efektiviteti i vlerësimit të dhimbjes në praktikën klinike mund hetohet, por kerkohet një vleresim i vertet perfundimtar i studimit. Ka mbi 40 mjete ne dispozicion per vlerësimin e dhimbjes për foshnjat dhe ende ekzistojne shumë polemika në lidhje me vlerësimin e dhimbjes se foshnjeve premature. Mjeti i parë per vleresimin e dhimbjes nje-dimensionale, është Kodifikimi I shkalles se fytyres neonatal (NFCS) dhe mjetet shume-dimensionale te vleresimit, jane shkalla e dhimbjes tek infanti, (NIPS) profile I dhimbjes tek Pretermi (PIPP). Eshte menduar se një mjet qe nderthur parametrat e sjelljes dhe fiziologjike ofron një vlerësim më të besueshëm të dhimbjes se sa mjetet nje-dimensionale. Megjithatë, pertej studimeve dhe situatave, lidhjet reciproke ndërmjet vleresimeve të sjelljes dhe atyre fiziologjike janë të ulëta ($r = 0,3$). Te njejtat parametra gjithashtu reagojnë ndaj kujdesit normal infermior të tilla si nderrimi pelenave etj. Përveç kësaj, reduktimi i dhimbjes vetëm në reagimet e sjelljes jo te atyre fiziologjike mund te preke dhe te lene efekte negative te dhimbjes se foshnjave premature në zhvillimin e trurit, veçanërisht në sistemin e hormoneve të stresit. Duke nderthurur këto dy perberesit e dhimbjes me mjetet vleresuese multi-dimensionale mund te pengoj vlerësimin e tyre individual. Variablat e mjedisit të një foshnje të tilla si mosha (GA,) forma e sjelljes dhe gjendja shëndetësore futen më tej me ane te nje vlerësimi të saktë duke ndryshuar keshtu sjelljen e te miturit. Ka pak konsensus mbi masat e rezultateve qe kane të bëjnë me dhimbjen. Megjithatë, PIPP dhe NFCS janë mjetet e vleresimit te dhimbjes akute te përdorura më gjerësisht ne studim. Përveç kujdesit te dhimbjes, aspekti i familjes në kujdesin e foshnjave premature është ekzaminuar në vendet e tjera qe nga 2000 deri mars 2010.

Në përfundim, FTP eshte nje metode e sigurt dhe efektive ne menaxhimin e dhimbjes e cila rekomandohet për përdorim ne klinikat e kujdesit te dhimbjes e foshnjeve premature.

Nga rezultatet e mara rezultoi se te gjithe infermjeret ishin te seksit femer 100% .Mosha mesatare ishte 29.2. Mesatarja e viteve te punes ishte 9.1 vite me 5.2 vite ne NICU. Duke marre parasysh llojin e edukimit, 65% e infermiereve kishin marre edukim brendaspitalor, 25 % kishin marre edukim jashtespitalor si programe edukimi rreth dhimbjes te mundesuar nga seminare te ndryshme ose duke marre pjese ne konferenca kombetare ose nderkombetar.,10% kishin lexuar artikuj te ndryshem. Perceptimi i nevojës se procedurave per qetesimin e dhimbjes me metoda jo farmakologjike lidhej me edukimin e infermiereve rreth ketyre metodave. Infermieret qe punojne ne NICU duket se e perceptojne kur neonatet ndjejne nje dhimbje ne nivel mesatar gjate procedurave te dhimbshme. Disa procedura shkaktonin dhimbje me te larte se mesatarja dhe disa si marja e analizave te gjakut, kateterizimet shkaktonin dhimbje me te

larte se e lehta dhe intubimet oro-trakeale ,punkcioni lumbar ishin procedurat me te dhimbshme.

Ne studimin tone u perfshine vetem 150 paciente te moshes premature te shtruar ne NICU-së Qendren Universitare O-GJ, Koco Glozheni ne TIRANE gjate periudhes 2013 deri ne 2015. Ne ndame fëmijët ne grupin e studimit 100 neonate me ate te kontrollit 50 neonate .Në studim janë përfshirë te gjithë 150 neonatet duke i monitoruar cdo ditë nga momenti i shtrimit deri në dalje.Edhe pse ka një sasi të madhe të të dhënave për vlerësimin efektiv , dhimbja pediatrik dhe menaxhimi I saj, shpesh ajo nuk po zbatohet në nje mënyrë efektive. Studimet aktuale demonstrojnë se menaxhimin e dhimbjes tek fëmijët mbetet e pa trajtuar. Është përgjegjësi e profesionistëve të kujdesit shëndetësor për të edukuar kolegët e tyre për trajtimin e përshtatshëm dhimbjes tek fëmijët. Foshnjat dhe fëmijët paraqesin një sfidë të veçantë që kërkojnë marrjen në konsideratë të moshës së tyre, nivelin e zhvillimit, aftësitë njohëse dhe komunikuese, përvoja të mëparshme dhimbje, dhe besimet lidhur me te . Ka nevojë për më shumë hulumtime për të ndriçuar menaxhimin optimal te dhimbjes dhe strategjitë që marrin këto nevoja të veçanta në konsideratë, për të përmirësuar trajtimin e dhimbjes tek fëmijët. Qëllimi i të ketij studimi ishte për të fituar një pasqyrë të plotë të kujdesit te dhimbjes se foshnjeve premature nga vitet e para te jetes. Mënyrat e largimit të vëmëndjes ndaj dhimbjes kanë ndikim domethënës në reduktimin e reagimit dhe te perceptimit te dhimbjes gjatë procedurave të dhimbshme. Shenjat jetësore ndryshonin sinjifikativisht para dhe gjatë procedurës së dhimbshme, nëse nuk përdorej asnjë metodë hutimi, kurse ato nuk ndryshonin sinjifikativisht kur përdorej një metodë hutimi. Eshte pare qe femijet qe nuk I eshte aplikuar asgje prej metodave te larte permedura kane marre pikezim te larte te shkalles DAN, perpas kesaj vlerat e tyre jetesore kane pesuar ndryshime dhe pas procedurave invasive. Krahasuar me grupe te tjera te cileve I u eshte aplikuar e glukozes, thithja e biberonit, etj, keto dy grupe kane marre pikesime te cilet ne shkallen DAN dhe vlerat e tyre jetesore kane pesuar ndryshime jo sinifikative. Lidhja e këtyre dy perspektivave i dha një kuptim se si këto dy çështje kanë të bëjnë në studimin e kryer dhe atij të mundshëm në të ardhmen. Në pjesën e parë , natyra e kujdesit Intensiv foshnjor u verejt ne kontekstin e familjes. Në pjesën e dytë ,u shqyrtua dhimbja procedural e foshnjeve premature në ambjentet e Nicu. Pjesa e tretë, e pjesëmarrjes së prindërve në kujdesin dhimbjes se foshnjeve premature, u mbulua bazuar në literaturën e pakët në dispozicion. Ky studim gjithashtu tregoi se ne nje mjedis stresues dhe te dhimbshem si Nicu, prindërit janë të gatshëm dhe të aftë për të zbutur dhimbjen e foshnjat te tyre premature duke përdorur FTP . Megjithatë, lloji i përfshirjes në qetesimin e dhimbjes varet nga nëna dhe nga përvojat e saj te para dhe gjatë pranimit ne Nicu. Infermieret duhet të marrin në konsideratë disa faktorë kur I përfshijne nënat në kujdesin dhimbjes se foshnjeve premature. Në përfundim, FTP eshte nje metode e sigurt dhe efektive ne menaxhimin e dhimbjes e cila rekomandohet për përdorim ne klinikat e kujdesit te dhimbjes e foshnjeve premature.

Të dhënat e dokumentacionit persa I perket foshnjeve jane marr nga të dhënat e pacienteve ne reanimacion. Ky informacion përfshinte gjinin, (GA) moshja e barres, moshen pas lindjes (PNA) peshen e lindjes, rezultatet Apgar në minuten 1 dhe 5 te moshes, IVH e mundshme, PVL e mundshme cistike në moshën me te madhe, numri i procedurave te hereshme të dhimbshme dhe analgjezikeve të dhënë apo dhe te nderhyrjeve, per zbutjen e dhimbjes. Procedurat e dhimbshme që janë regjistruar përfshire ketu dhe venie tubi, heqje te tubit, thithje endotracheal / faringut,

futja e linjes intravenoze ose arteriale, cpimi i thembres, heqjen e tubit, nderhyrjet/iv –fiksimi i linjes dhe futja e tubit nasogastric dhe shume e shume nderhyrje te tjera. etj. Efektet anesore afatshkurtra pas metodave të ndryshme të menaxhimit te dhimbjes perfshinin desaturation (SatO2 < 85) dhe / ose bradycardia (rrahjet e zemrës < 100), dhe ndryshimin e respiracionin duke u ulur nga vlerat normale (< 30).

Pershkrimi i tabelave

Tabela 1 Është e rëndësishme te permendim se krahasimi I ketyre rezultateve ne tabelen 1 jane midis dy grupimeve atyre te studimit dhe atij te kontrollit, ku kemi permendur moshen, peshen, koha mes cpimit dhe ne moshen ne dite pas lindjes. Dhe midis tyre nuk ka dallime te rëndësishme statistikore.

Tabela 2 kemi grupin e studimit dhe te kontrollit Ndryshimi I shenjave vitale

Lidhur me variablat; shenjat vitale SPO2, respiracioni dhe pulsi u trajtuan dy situate. Një herë duke marrë në konsideratë gjendjen fillestare të fëmijëve të përfshirë në grupin e studimit dhe kontrollit dhe një herë gjendjen e fundit të fëmijëve të përfshirë në te dy grupeve (rast-kontroll). Nga tabelat shohim se në rastin e parë nuk ka diferencë të rëndësishme statistikisht ndërmjet studimit dhe kontrollit ndërsa në rastin e dytë ka diferencë të rëndësishme ndërmjet këtyre dy grupeve sepse është vertetuar nderhyrja qe i eshte bere grupit te studimit. Pra eshte e rëndësishme qe ne te diskutojme qe gjate procedurave te ndryshme invazive te dyja grupet jane matur shenjat vitale dhe jane krahasuar ne dy raste. Ne grupin e pare jane matur shenjat vitale dhe i eshte aplikur nderhyrje nje metod jo farmakologjike dhe rezultatet kane tregur se shenjat vitale jane permisuar menjehere. Ndersa ne grupin e dyte, ate te kontrollit, shenjat vitale kane ndryshuar kur kemi aplikuar procedura te ndryshme si aspirimi endotrakeal apo procedura invazive, pra duke krahasuar te dy grupet gjate perjudhes se procedurave te dy grupet grupet kishin ndryshimet ne shenjat vitale. Tabela nr 2 .

Tabela 3 Ndryshimi I shprehive

Persa I perkete varjablave te tjere do te shikojme se ne rastin e studimit ka diferenca te rëndësishme statitkishte para dhe pas nderhyrjes ku do te shohim se disa nga shprehit e femijeve ndryshonin si para dhe pas procedurave te ndryshme, pra femija fillon te qaj kur ne benin procedurat, dhe kur ne nderhynim me medodat tona te ndryshme jo farmakologjike femija qetesoheshe, po ashtu dhe krahasimi tjetër duke krahasuar levizjen e kraheve dhe kembe para cdo procedure dhe pas cdo nderhyrje qe ne kemi aplikuar, dhe perseri sipas studimit qe ne kemi bere keto procedura kane diferencat midis tyre. Pra femija ishte me I axhituar gjate procedurave dhe me I qete pas nderhyrjeve te metodave tona. Po ashtu ne kemi matur dhe kohen e qarjes, si dhe intesitetin e saj, ne dy perjudha si ate gjate procedurave dhe ate gjate metodave jo farmakologjike, dhe perseri kemi dale ne konkluzionin se ka difference te rëndësishme midis dy grupimeve si ato te studimit me ato te kontrollit me perqindje. Pra te gjitha keto rezultate jane te pershkruara ne **tabelen nr 3**.

Statistike pershkruse

Figura nr 1

Përpara se të bëjmë krahasime statistikore ndërmjet grupeve që janë marrë në studim është e nevojshme që të bëjmë disa analiza përshkruese të të dhënve tona. Nga 100 fëmijë që janë marrë në grupin e studimit, siç mund të vihet re edhe në grafik, 53 % janë femra dhe pjesa tjetër meshkuj ndërsa nga 50 fëmijë që janë marrë në grupin e kontrollit 40 % janë femra dhe 60 % janë meshkuj.

Statistike pershkrimi

Figura nr 2

Nga grafiku më poshtë shohim se tipi më i rëndësishëm i ndërhyrjes është me biberon i ndjekur nga, qumeshi i gjirit, kontakti lekur-lekure, e folura, dhe glukozja.

Me e renesishme tek ky studim del ne pah se nje mga metodat jo- farmakologjike qe ka patur me shume rezultat ka qene ajo me biberon.

Statistike pershkrimi

Figura nr 3dhe 4

Flitet me shume per moshen dhe peshen e femijes ku mosha me e spikatur është ajo me 30 -35 javeshe, ndersa per peshen është ajo 1500-2000.

Statistike pershkrimi

Figura nr 5

Persa I perkete varjablave te tjere do te shikojme se ne rastin e studimit ka diferenca te rendesishme statitkishte para dhe pas nderhyrjes ku do te shohim se disa nga shprehit e femijeve ndryshonin si para dhe pas procedurave te ndryshme, pra femija fillon te qaj kur ne benin procedurat, dhe kur ne nderhynim me medodat tona te ndryshme jo farmakologjike femija qetesoheshe, po ashtu dhe krahasimi tjetër duke krahasuar levizjen e kraheve dhe kembe para cdo procedure dhe pas cdo nderhyrje qe ne kemi aplikuar, dhe perseri sipas studimit qe ne kemi bere keto procedura kane diferencat midis tyre. Spikat me shume si variable, kur femija qane dhe nuk I është bere asnje nderhyrje per ta qetesuar.ndersa ne varjblat e tjera shikoj qe ka diferenca mes nderhyrjeve. Qe femija qetesohet dhe ne mund te vazhdojme procedurat tona.

Statistike pershkrimi

Figura nr 6

Persa I perkete varjablave te tjere do te shikojme se ne rastin e studimit ka diferenca te rendesishme statitkishte para dhe pas nderhyrjes ku do te shohim se disa nga shprehit e femijeve ndryshonin si para dhe pas procedurave te ndryshme, pra vihen re se levizjet e femijes jane me te zbutura. Pra ne kete tabele vihen re kur ne na spikat variabla ku kemi bere nderhyrjen dhe femija është me I qete.

Vleresimi I shpreheve te porsalinduit ndaj dhimbjes. Po ashtu u vleresua dhe nivelin e shkalles se dhimbjes nga 0 ne 7 bazuar ne shtate karakteristika te sjelljes, shprehi e fytyres, te qarat, levizja e kraheve dhe kembeve dhe zgjimit. Pervec kesaj, shembulli I frymemarrjes perdoret si nje parameter fiziologjik. Një rezultat më i lartë i përgjithshëm tregon dhimbjen më intensive. Instrumenti ka një vlefshmëri të mirë konstrukt, besueshmërinë ndër-vlerësues (0,92-0,97). Në këtë mënyrë, ajo ishte e mundur për të vlerësuar dhimbjen e foshnjës në bazë dhe të dy gjatë dhe pas thithjes. 30 sekondat e para u shfaqen për të treguar

dhimbjen gjate procedures pas shpimit te lekures dhe pas thithjes me kateter qe ishte vendosur ne gojen e foshnjes. Shikonim qe shprehjet e femijeve ishin me te qeta, tek ata qe kishim ne studim.

Statistike pershkrimi

Figura nr 7

Persa I perkete varjablave te tjere do te shikojme se ne rastin e studimit ka diferenca te rendesishme statitkishte para dhe pas nderhyrjes ku do te shohim se disa nga shprehjet e femijeve ndryshonin si para dhe pas procedurave te ndryshme, pra vihen re se shtrengimet e femijes jane me te zbutura. Pra ne kete tabele vihen re variabla ku kemi bere nderhyrjen dhe femija është me I qete dhe nuk shtrengohet shume.

Tabela 4 ,5,6, Ndryshimi I shenjave vitale

Rrahjet e zemres dhe te dhenat e ngopjes me oksigjen u grumbulluan nga monitore vezhgues te shtratit. Pra cdo procedure invasive qe kryheshin me femijen , monitori monitronte vlerat jetesore. Monitoret Hewlett Packard 60 S and Philips IntelliVue Neonatal B.05.67 te cilet rregjistruan parametrat ne nje intervale kohor 1 minuteshe. Rrahja e zemres u llogariten mesatarisht ne 12 vlerat me te fundit e rrahjeve-per-minute dhe ngopja me oksigjen ne fund te cdo minute. Pra sipas studimit te pare ku u shikuan me vemendje, krahasimi I ndryshimit te vlerave jetesore midis dy grupeve ku ben dallime thelbesore, dhe njekohesisht dhe brenda grupit ku u pa, se cila nga nderhyrjet ishte me efikase, per te qetesuar sado pak dhimbjen qe shkaktohesh gjate procedurave te ndryshme.

Nga studimi qe kemi bere ne hamendesuam se foshnjat qetesoheshin me shume shpejt me menaxhimin e dhimbjes (FTP) sesa pa kete nderhyrje. Ne baze te te dhenave qe na dalin nga tabelat e mesiperme , ku kemi te pasqyruara ndryshimet e shenjave vitale ku ne rastin e studimit dhe ne rastin e kontrollit, nga studimi qe kemi bere ne hamendesuam se efektet afatshkurtra anesore te lidhura me menaxhimin e FTP-se nuk ndryshojne nga ato me glukoze orale dhe oxidone intravenoz foshnjat e porsalindura.

Procedurat te cilat zakonisht jane me të dhimbshme janë ato te thithjes se rrugeve te respiratore dhe cpimi I thembres. Procedurat e thithjes përbëjnë 52-64 % të ekspozimit ndaj dhimbjes dhe thembres 7-20 % në varësi të numrit te perdorimeve.

Duke përdorur një dizajn të ardhshëm dhe te rastesishem, çdo i mitur premature dhe prind ishte per t'iu nënshtruar nje thithje endotracheal ose faringut për qëllime klinike duke përdorur ose cpime te ndryshme per marrjan e analizave apo te ndonje procedure tjeter ose kujdesin e kontrolluar brenda një periudhe jo më të gjatë se dy ditë. Gjatë ketyre nderhyrjeve si aspirimi endotracheal ose faringut ose dhe te procedurave te tjera, çdo i mitur ishte shtrire ne anën e tyre të djathte. Nëse përdorej pajisja hundës, atehere hiqej vetëm para fillimit të procedures. Matej koha e qetesimit. Rregjistroheshin e rrahjeve te zemres, te SatO2 dhe frymarrjes, per keto nderhyrje, psh (si aspirimi I Endotracheal/faringut,etj) pra dhe kjo procedure kishte disa vlera dhe pike ne reanimacion (NIPS) .

Kete studim mund ta krahasome edhe me studime te tjera si me poshte, sipas ketyre autoreve. Ku kane pergjigje te peraferta me studimin tim ,(Anand & Craig 1996). (IASP 1994), (Johnston et al. 1997 , Simons et al . 2003a , Carbajal et al . 2008. (41,48)

Nderhyrjet e ndryshme (tabelat 4,5,6) dhe (tabelat 4/1, 5/1,6/1,)me kodet 1,2,3

Nga studimi qe kemi bere ne hamendesuam se FTP-ja eshte nje metode efektive per menaxhimin e dhimbjes krahasuar me kontrollin e kujdesit (infermieres i lejohej ti fliste dhe ta perkedhelte foshnjen) gjate aspirimit endotracheal ose faringeale tek foshnjat premature.

Nga studimi qe kemi bere ne hamendesuam se metodat jo-farmalogjike (FTP, si glucose oral) jane njelloj efektive me metodat farmalogjike (intravenous oxycodone) dhe akoma me efektive se nje placebo (oral water) ne menaxhimin e dhimbjes gjate nderhyrjeve, si dhe marrjet e analizave te ndryshme tek foshnjat e porsalindura.

Nga studimi qe kemi bere ne hamendesuam se metodat jo-farmalogjike (FTP, si biberoni) jane njelloj efektive me metodat farmalogjike (intravenous oxycodone) dhe akoma me efektive se nje placebo (oral water) ne menaxhimin e dhimbjes gjate nderhyrjeve, si dhe marrjet e analizave te ndryshme tek foshnjat e porsalindura. Biberonat jane nje nder metodat e para jo-farmalogjike e studiuar e cila u provua se ulte me efektshmeri ne nje fare mase menyren e te sjellurit dhe shqetesimet fiziologjike tek foshnjat premature gjate cpimit te thembres. Ky efekt sinergjik beri te mundur uljen e dhimbjes duke e krahasuar me embelsuesin ose me vete biberonin.

Nga studimi qe kemi bere ne hamendesuam se metodat jo-farmalogjike (FTP, si qumeshti I gjirit dhe kontakti lekur-lekure) jane njelloj efektive me metodat farmalogjike (intravenous oxycodone) dhe akoma me efektive se nje placebo (oral water) ne menaxhimin e dhimbjes gjate nderhyrjeve te ndryshme tek i porsalindura. Qumeshti I gjirit shton dy componentet e mundshem e lehtesimit te dhimbjes ne kujdesin kangur, qumeshti dhe gjiri. Kjo ka treguar se lehteson dy perberesit ate te sjelljes dhe ate fiziologjik te dhimbjes procedurale te foshnjeve premature kur krahasohet me mbajtjen, pozicion, biberonin, placebo ose dhe pa nderhyrje.

Metodat e meposhtme te menaxhimit te dhimbjes u perdoren : 1) lehtesimi thithese me gji nga prinderit: duke perdorur duart e tyre, prindi e mbante femijen ne pozicion anesor, fetusin dhe te perkulur, duke i ofruar keshtu femijes mbeshetje dhe kontakt fizik. Prinderve u eshte mesuar kjo procedure qe me pare. Metoda u aplikua para cpimit te thembres dhe aspirimit te faringut, dhe vazhdoj derisa foshnja qetesohet; 2) Glukoze Orale: foshnjeve ju jepej 0.2 ml nga 24% te glukozes me nje shiring 1ml ne majen e gjuhes se foshnjeve, dy minuta para dhe menjehere para cpimit te thembres ose dhe aspirimit se faringut; 3) Placebo (uje oral): foshnjeve u jepej 0.2 ml nga uji I sterilizuar ne te njejten menyre sic behej me glukozen orale; dhe 4) biberoni dy minuta para dhe menjehere para nderhyrjeve si marrja e analizave te ndryshme. 5) kontkti lekure-lekure, zbutja e dhimbjes mund te ndodh gjithashtu nga prania e nje personi inkurajues dhe me ane te prekjes duke larguar keshtu vemendje. Efekti reduktues i dhimbjes eshte vene re kryesisht tek reagimet e menyres se sjelljes. Keto metoda bejne te mundur afrimin me ane te prekjes tek foshnjat premature dhe perfshijne ose kane potencial te perfshinje prinderit ne menaxhimin e dhimbjes. Glukoze Oral. Doza optimale e embelsuesve ka qene e pamundur per tu identifikuar qe kur gama e dozes se 0.05 ml e 24% solucionit te saharozes eshte provuar te jete efektive.

Si ky studim ne mund ta mbeshetesim dhe ne studime te tjera sipas ketyre autoreve. Ku kane pergjigje te peraferta me studimin tim.(Franck & Lawhon 2000), (Melzack & Wall 1965). (Blass & Shah 1995, Blass & Watt 1999), (Gradin & Schollin 2005). n (Diego et al. 2007).(Stevens et al. 2010b) , (Carbajal et al. 2002) (Stevens et al. 2010b, Holsti & Grunau 2010). (5,7,8,12,48,49)

Kujdesi I dhimbjes nga nenat. (tabela 4/1 5/1,6/1,) me kodin 3 dhe 4.

Në gjendjen e FTP-se (pra ndjenja e letesimit te dhimbjes nga ana e prinderve), prindi ishte I mësuar paraprakisht me procedurën. Pra FTP-ja është përdorur gjatë gjithë procedurës se aspirimit dhe pas saj derisa foshnja te qetesohet. Në kujdesin e kontrollit, infermieres i lejohej ti

fliste dhe ta perkedhelte foshnjen. Per te pakten nje ore para procedurave te studimit nuk kishte procedura te tjera. Pra femija ne Inkubatori ishte i mbuluar me nje batanije dhe pozicioni i foshnjes u mbështet me nje strirje anesore. Prinderit jane te inkurajuar per te marre pjese ne menyre aktive ne kujdesin e foshnjeve te tyre menjehere pas lindjes. Pergjegjesia gradualisht u transferohet prinderve nga vet infermieret gjate qendrimit ne spital. Nderlikimet e kesaj praktike te re u vleresuan nga kendveshtrimi I nenave. Nderhyrjet e studimit permbanin informacionin e shkruar dhe ate verbal per te dy prinderit qe te mesonin sesi ti lehtesonin dhimbjen foshnjes se tyre me FTP-ne. Procedura thithese gjithashtu u perdor me prinderit gjate dites se trete te lindjes. Vemendje e vecante ju kushtua shtrengimit dhe mbajtja ngrohte e dores gjate thithese. Shpresohej qe prinderit do te mund ta perdornin vete FTP-ne sa here qe foshnja kishte dhimbje dhe ishte I stresuar sipas mendimit qe ata vet do kishin. Prinderit u inkurajuan qe te konsultoheshin me infermieret rreth nevojave te procedures se FTP-se,(krahasime te shumfishta kodi 3dhe 4). Nenat me perfshirje me te gjere, e konsideruan FTP-ne me pozitivisht. Ato deklaruan qe lehtesimi I dhimbjes me ane te FTP-se I beri qe foshnjat e tyre te ndiheshin me te sigurt, e cila mbeshteti zhvillimin e foshnjes duke ofruar nje ndjesi sigurie. Nenat e pranuan qe FTP-ja I ndihmoj ata duke u dhene nje mundesi per tu lidhur me foshnjat dhe duke mbeshtetur prinderit ne terapin intesnsive ne neonatologji.

Si ky rezultat mund te themi se mund ta krahasojme dhe me studime te tjera. Ku kane pergjigje te peraferta me studimin tim.(Anand et al. 1987). Jill Lawson, (Beggs & Fitzgerald.) (Grunau et al. 2009, Tu et al. 2007) (20,9)

Asnje kujdes. (Tabelat 4/1,5/1,6/1,) me kodin 0

Lidhur me variablat; te grupit te kontrollit ku nuk u be asnje nderhyrje per te lehtesuar dhimbjen gjate procedurave diagnostifikuese, paten ndryshime ne vlerat vitale duke filluar nga SPO2, respiracioni dhe pulsi qe u trajtuan ne kete situatë. Një herë duke marrë në konsideratë gjendjen fillestare të fëmijëve të përfshirë në grupin e kontrollit dhe një herë gjendjen e fundit të fëmijëve të përfshirë në grupin e kontrollit. Nga tabelat shohim se në rastin e parë ka diferencë të rëndësishme statistikisht ndërmjet ketyre vlerave sepse ndryshonin thelbesishte, pra cdo vlerë vitale , pesonte ndryshimet e veta.

Kodet e tabelës korespondojnë me variablat te cilat tregojne ndryshime thelbesore misis grupit te studimit me ate te kontrollit, ku u vune re shume ndryshime sinjifikative. Po ashtu u bene dhe analiza per te krahasuar se kush nga nderhyrjet kishte me shume rezultan ne uljen e dhimbjes gjate procedurave. Keto ndodhen te ilustruara me shifra ne tabelate Krahasimet te shumefishta, si dhe ne grafiket e mesiperm me kodin 0. **Sipas edhe ketij studimi (McGrath & Unruh). ishte Jill Lawson, (Beggs & Fitzgerald., (Beggs & Fitzgerald) Ku kane pergjigje te peraferta me studimin tim. .(49,50,51)**

Konkluzioni

Metodat e studimit per largim te vemendjes ndaj dhimbjes ndikojne ndjeshem ne reduktimin e reagimit dhe sjelljes ndaj procedurave te dhimbshme. Ajo qe dihet eshte se trajtimet farmakologjike nuk jane te pershtatshme dhe te rekomandueshme per lehtesimin e dhimbjes gjate procedurave te dhimbshme tek neonati. Procedurat stimuluese gjate procedurave te dhimbshme, japin ndjeshem nje pergjigje ndaj

dhimbjes tek neonati. Te porsalindurit shpesh i nenshtrohen procedurave te dhimbshme , madje dhe pas nje lindjeje te pakomplikuar. Duke qene se evidencat tregojne se neonatet e ndjejne dhimbjen e zhvillojne sensitivitetin dhe ndjeshmeri te rritur ndaj dhimbjes. Atehere lindi e nevojshme qe te provonim disa metoda per te lehtësuar dhimbjen. Trajtimi per pakesimin e e sensitivitetit ndaj procedurave te dhimbjes eshte bere thelbësore ne kujdesin neonatal. Qasjet farmakologjike dhe mjedisore mbajtur për administratën e dhimbjes janë aplikuar zakonisht në Nicu (neonatale njësinë e kujdesit intensiv). Menaxhimin farmakologjik i dhimbjes dhe rezultatet e mundshme e vazhdueshme te qetesimit te dhimbje me anestetik dhe qetësuesve te tjere janë çështje të qe përbëjnë angazhim te rëndesishme te te gjithë faktoreve ne keto kohët e fundit. Sepse ankthet në lidhje me rezultatet e përkohshme dhe e mundshme te instrumenteve farmakologjike, propozimet e fundit janë se opiatet dhe qetësuesve mund të përdoret me shum kursim dhe kujdes në Nicu për mbikëqyrje dhimbjeve jo-kirurgjike e foshnjeve parakohe. Një shifër e e rëndesishme te rezultateve te mara nga procedurat jo farmakologjike, zbatohen për administrimin e dhimbjes te përhershëm të mprehtë dhe ritual në Nicu. Në ditët e sotme sucrose është aplikuar zakonisht ndërmjetësimi kryesor jo-farmakologjik për shërimin e procedurave të vogla në neonatalët parakohe . Është thelbësore për sondazhet qe do behen ne perspektivë për të vëzhguar shkallën në të cilën strategjitë e ndryshme të administratës dhimbje mund të jetë mbrojtëse të trurit.. Kujdes I duhet dhënë rezultateve te arritshme, duke përmirësuar disa rezultateve të presionit te dhimbje në korrelacion me trurin, stresi dhe efektet e sjelljes. Fjalët janë pa kuptim, por menjëherë le të fillojmë dhe të zbatojmë atë që dihet për lehtësimin e dhimbjes!”

Përfundime

- Mënyrat e largimit të vëmëndjes ndaj dhimbjes kanë ndikim domethënës në reduktimin e reagimit dhe te perceptimit te dhimbjes gjatë procedurave të dhimbshme.
- Shenjat jetësore ndryshonin sinjifikativisht para dhe gjatë procedurës së dhimbshme, nëse nuk përdorej asnjë metodë hutimi, kurse ato nuk ndryshonin sinjifikativisht kur përdorej një metodë hutimi.

Qëndrimi më i drejtë...

- Përkëdhele të voglin para dhe përgjatë çdo procedure
- Asnjëherë të mos ndërmarim veprime të vullshme, por gjithmonë delikate.
- Asnjëherë me zë të lartë, por të qetë e të ëmbël.
- Administro glukozë 1 min para çdo veprimi të dhimbshëm dhe lejoje fëmijën të thithë (gishtin, ose biberonin)
- Respekto ritmin e fëmijës dhe lëri kohë të marrë veten nga stresi
- Duhet të shmangen procedurat e panevojshme, veçanërisht nëse janë të dhimbshme (lage leukoplastin para se ta heqesh, kufizo aspirimet, kujdes me elektrodën dhe sensorët)

- Vendose fëmijën në pozicione natyrale që e ndihmojnë stabilitetin postural dhe lëvizjet spontane

Rekomandime

- Rekomandojmë zbatimin e nje protokolli per aspektin e lehtesimit te dhimbjes gjate procedurave te ndryshme qe aplikone ne terapite intensive per te patur nje efikasitet ne punen e kujdesit infermieror.
- Edukimin shendetesor per te gjith pjesmarresit, si prinderit dhe infermieret per te permisuar cilesin e jetes se femijeve premature dhe per te zbutur dhimbjen.
- Të ndjejmë dhe lehtësojmë dhimbjen...
- Çdo protokoll përkujdesi duhet t'i kushtojë vëmendje dhimbjes, të cilën e provokojmë në mënyrë të pashmangshme dhe që nuk duhet të jetë një prirje individuale, e një personi të vetëm. Kjo nuk përbën një risi, por thjesht duhet të zgjojmë tek ne stimulin për të filluar një gjë të re.
- Fjalët janë pa kuptim, por menjëherë le të fillojmë dhe të zbatojmë atë që dihet për lehtësimin e dhimbjes!”



Infermieri duhet te jete I perkushtuar POR...

Mbi gjithcka dhimbjet kontrollohen me shume dashuri...



Bibliografia

References e tabelas

1. N. S. Morton, "Pain assessment in children," *Paediatric Anaesthesia*, vol. 7, no. 4, pp. 267–272, 1997. [View at Scopus](#)
2. P. J. McGrath and G. Frager, "Psychological barriers to optimal pain management in infants and children," *The Clinical Journal of Pain*, vol. 12, no. 2, pp. 135–141, 1996. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
3. J. F. Hagan Jr., W. L. Coleman, J. M. Foy et al., "The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents," *Pediatrics*, vol. 108, no. 3, pp. 793–797, 2001. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
4. H. H. Abu-Saad and J. P. H. Hamers, "Decision-making and paediatric pain: a review," *Journal of Advanced Nursing*, vol. 26, no. 5, pp. 946–952, 1997. [View at Scopus](#)
5. P. J. McGrath and A. M. Unruh, "Measurement and assessment of paediatric pain," in *Textbook of Pain*, P. D. Wall and R. Melzack, Eds., pp. 371–384, Churchill Livingstone, New York, NY, USA, 4th edition, 1999.
6. G. D. Champion, B. Goodenough, C. Von Baeyer, and W. Thomas, "Measurement of pain by self report," in *Measurement of Pain in Infants and Children*, G. A. Finley and P. J. McGrath, Eds., pp. 123–160, IASP Press, Seattle, Wash, USA, 1998.
7. P. J. McGrath, "Behavioural measures of pain," in *Measurement of Pain in Infants and Children*, G. A. Finley and P. J. McGrath, Eds., pp. 83–102, IASP Press, Seattle, Wash, USA, 1998.
8. S. D. Sweet and P. J. McGrath, "Physiological measures of pain," in *Measurement of Pain in Infants and Children*, G. A. Finley and P. J. McGrath, Eds., pp. 59–81, IASP Press, Seattle, Wash, USA, 1998.
9. M. Fitzgerald and S. Beggs, "The neurobiology of pain: developmental aspects," *Neuroscientist*, vol. 7, no. 3, pp. 246–257, 2001. [View at Scopus](#)
10. R. V. E. Grunau and K. D. Craig, "Pain expression in neonates: facial action and cry," *Pain*, vol. 28, no. 3, pp. 395–410, 1987. [View at Scopus](#)
11. J. Alexander and M. Manno, "Underuse of analgesia in very young pediatric patients with isolated painful injuries," *Annals of Emergency Medicine*, vol. 41, no. 5, pp. 617–622, 2003. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
12. B. J. Stevens, C. C. Johnston, and L. Horton, "Multidimensional pain assessment in premature neonates: a pilot study," *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 22, no. 6, pp. 531–541, 1993. [View at Scopus](#)
13. H. D. Hadjistavropoulos, K. D. Craig, R. V. E. Grunau, and C. C. Johnston, "Judging pain in newborns: facial and cry determinants," *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 19, no. 4, pp. 485–491, 1994.
14. B. Stevens, C. Johnston, P. Petryshen, and A. Taddio, "Premature infant pain profile: development and initial validation," *The Clinical Journal of Pain*, vol. 12, no. 1, pp. 13–22, 1996. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
15. S. W. Krechel and J. Bildner, "CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability," *Paediatric Anaesthesia*, vol. 5, no. 1, pp. 53–61, 1995. [View at Scopus](#)
16. C. E. Izard, *The Maximally Discriminative Facial Movement Coding System (MAX)-Manual*, University of Delaware Resource Centre, Newark, NJ, USA, 1979.
17. R. V. E. Grunau and K. D. Craig, "Facial activity as a measure of neonatal pain expression," in *Advances in Pain Research and Therapy*, D. C. Tyler and E. J. Krane, Eds., vol. 15, pp. 147–155, Raven Press, New York, NY, USA, 1990.

18. R. E. Grunau, T. Oberlander, L. Holsti, and M. F. Whitfield, "Bedside application of the neonatal facial coding system in pain assessment of premature neonates," *Pain*, vol. 76, no. 3, pp. 277–286, 1998. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
19. S. A. Kohut and R. P. Riddell, "Does the neonatal facial coding system differentiate between infants experiencing pain-related and non-pain-related distress?" *Journal of Pain*, vol. 10, no. 2, pp. 214–220, 2009. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
20. J. Lawrence, D. Alcock, P. McGrath, J. Kay, S. B. MacMurray, and C. Dulberg, "The development of a tool to assess neonatal pain," *Neonatal Network*, vol. 12, no. 6, pp. 59–66, 1993. [View at Scopus](#)
21. M. Ballantyne, B. Stevens, M. McAllister, K. Dionne, and A. Jack, "Validation of the premature infant pain profile in the clinical setting," *The Clinical Journal of Pain*, vol. 15, no. 4, pp. 297–303, 1999. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
22. R. J. Moore and J. A. Paice, *Behavioural Approaches to Pain*, Springer, New York, NY, USA, 2009.
23. C. E. Izard, *The Maximally Discriminative Facial Movement Coding System*, Academic Computing Services and University Media Services, University of Delaware, Newark, Canada, Revised edition, 1983.
24. A. J. Fridlund, *Human Facial Expression: An Evolutionary View*, Academic Press, San Diego, Calif, USA, 1994.
25. J. A. Russell, "Is there universal recognition of emotion from facial expression? A review of the cross-cultural studies," *Psychological Bulletin*, vol. 115, no. 1, pp. 102–141, 1994. [View at Scopus](#)
26. Royal Australasian college of physicians, "Management of procedure related pain in children and adolescents. Guideline statement: paediatric and health division," *Journal of Paediatric and Child Health*, vol. 42, pp. 51–529, 2006.
27. J. A. Vessey, K. L. Carlson, and J. McGill, "Use of distraction with children during an acute pain experience," *Nursing Research*, vol. 43, no. 6, pp. 369–372, 1994. [View at Scopus](#)
28. D. DeLoach Walworth, "Procedural-support music therapy in the healthcare setting: a cost-effectiveness analysis," *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 20, no. 4, pp. 276–284, 2005. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
29. L. L. Cohen, R. L. Blount, R. J. Cohen, E. R. Schaen, and J. F. Zaff, "Comparative study of distraction versus topical anesthesia for pediatric pain management during immunizations," *Health Psychology*, vol. 18, no. 6, pp. 591–598, 1999. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
30. R. Goldman, D. Koller, T. Wan, S. Bever, and S. Stuart, "Passive versus active distraction for intravenous catheterization in the emergency department," in *Paediatric Research in Emergency Therapeutics (PRETx)*, Toronto, Canada, 2008, CPS Abstracts.
31. D. Barlow and V. Durand, *Abnormal Psychology: An Integrative Approach*, Wadsworth Publishing, Pacific Grove, Calif, USA, 2nd edition, 1999.
32. L. S. Uman, C. T. Chambers, P. J. McGrath, and S. Kisely, "Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 4, Article ID CD005179, 2006. [View at Scopus](#)
33. L. L. Cohen, R. L. Blount, and G. Panopoulos, "Nurse coaching and cartoon distraction: an effective and practical intervention to reduce child, parent, and nurse distress during immunizations," *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 22, no. 3, pp. 355–370, 1997. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
34. A. Harrison, "Preparing children for venous blood sampling," *Pain*, vol. 45, no. 3, pp. 299–306, 1991. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
35. J. H. Tak and W. H. J. van Bon, "Pain- and distress-reducing interventions for venepuncture in children," *Child: Care, Health & Development*, vol. 32, no. 3, pp. 257–268, 2006. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)

36. R. L. Blount, P. J. Bachanas, S. W. Powers et al., "Training children to cope and parents to coach them during routine immunizations: effects on child, parent, and staff behaviors," *Behavior Therapy*, vol. 23, no. 4, pp. 689–705, 1992. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
37. S. Sander Wint, D. Eshelman, J. Steele, and C. E. Guzzetta, "Effects of distraction using virtual reality glasses during lumbar punctures in adolescents with cancer," *Oncology Nursing Forum*, vol. 29, no. 1, pp. E8–E15, 2002. [View at Scopus](#)
38. G. M. French, E. C. Painter, and D. L. Coury, "Blowing away shot pain: a technique for pain management during immunization," *Pediatrics*, vol. 93, no. 3, pp. 384–388, 1994. [View at Scopus](#)
39. M. A. Zabin, *The modification of children's behavior during blood work procedures*, Doctoral dissertation, West Virginia University, 1982.
40. K. Posner, *A pharmacological behavioral intervention to reduce child cancer distress*, Doctoral dissertation, Ferkauf Graduate School of Psychology, Yeshiva University, 1998.
41. C. C. Johnston and B. J. Stevens, "Experience in a neonatal intensive care unit affects pain response," *Pediatrics*, vol. 98, no. 5, pp. 925–930, 1996. [View at Scopus](#)
42. B. Stevens, P. Petryshen, J. Hawkins, B. Smith, and P. Taylor, "Developmental versus conventional care: a comparison of clinical outcomes for very low birth weight infants," *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 28, no. 4, pp. 97–113, 1996. [View at Scopus](#)
43. L. L. Cohen, "Reducing infant immunization distress through distraction," *Health Psychology*, vol. 21, no. 2, pp. 207–211, 2002. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
44. L. K. Bo and P. Callaghan, "Soothing pain-elicited distress in Chinese neonates," *Pediatrics*, vol. 105, no. 4, p. E49, 2000. [View at Scopus](#)
45. L. Hartling, M. S. Shaik, L. Tjosvold, R. Leicht, Y. Liang, and M. Kumar, "Music for medical indications in the neonatal period: a systematic review of randomised controlled trials," *Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition*, vol. 94, no. 5, pp. F349–F354, 2009. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
46. R. Pillai Riddell, A. Gerwitz, L. Uman, and B. Stevens, "Nonpharmacological interventions for needle-related procedural pain and post-operative pain in neonates and infants," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, no. 4, Article ID CD006275, 2006. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
47. I. Fearon, B. S. Kisilevsky, S. M. J. Hains, D. W. Muir, and J. Tranmer, "Swaddling after heel lance: age-specific effects on behavioral recovery in preterm infants," *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 18, no. 4, pp. 222–232, 1997. [View at Scopus](#)
48. B. Stevens, C. Johnston, L. Franck, P. Petryshen, A. Jack, and G. Foster, "The efficacy of developmentally sensitive interventions and sucrose for relieving procedural pain in very low birth weight neonates," *Nursing Research*, vol. 48, no. 1, pp. 35–43, 1999. [View at Scopus](#)
49. B. Stevens, C. Johnston, L. Franck, P. Petryshen, A. Jack, and G. Foster, "The efficacy of developmentally sensitive interventions and sucrose for relieving procedural pain in very low birth weight neonates," *Nursing Research*, vol. 48, no. 1, pp. 35–43, 1999. [View at Scopus](#)
50. C. C. Johnston, B. Stevens, J. Pinelli et al., "Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates," *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 157, no. 11, pp. 1084–1088, 2003. [View at Publisher](#) · [View at Google Scholar](#) · [View at Scopus](#)
51. R. G. Campos, "Rocking and pacifiers: two comforting interventions for heelstick pain," *Research in Nursing & Health*, vol. 17, no. 5, pp. 321–331, 1994. [View at Scopus](#)
52. PMID:2318798 [PubMed - indeksuar për MEDLINE] [Share në Facebook](#), • [Share në Twitter](#), • [Share në Google +](#) [Llojet botim](#), [Kushtet Mesh](#), [LinkOut](#) .
53. [Zimmermann M](#)¹. [History of pain treatment from 1500 to 1900].

54. Definition of Pain and Distress and Reporting Requirements for Laboratory Animals: Proceedings of the Workshop Held June 22, 2000.
55. [Honorio Benzon MD](#) (Author), [Srinivasa N. Raja](#) (Author), [Scott E. Fishman MD](#) (Author), [Spencer Liu MD](#) (Author), [Steven P Cohen](#) (Author), Essentials of Pain Medicine, 3e 3rd Edition
56. [Aage R. Moller PhD](#) (Author), PAIN Its anatomy, physiology and treatment 2nd Edition
57. Alison Twycross, Stephanie J. Dowden, Elizabeth Bruce, Managing Pain in Children: A Clinical Guide, chapter 2, **Anatomy and Physiology of Pain**
58. WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses.chapter 1, CLASSIFICATION OF PAIN IN CHILDREN
59. O'Keeffe, N, Pain management Pain: rituals and myths
60. Sibel Kucukoglu, Sirin Kurt, Aynur Aytakin, The effect of the facilitated tucking position in reducing vaccination-induced pain in newborns
61. [Lopez O¹](#), [Subramanian P](#), [Rahmat N](#), [Theam LC](#), [Chinna K](#), [Rosli R.](#), The effect of facilitated tucking on procedural pain control among premature babies.

Abstrakt

Qëllimi. Të studiohet nëse metoda të tilla si dhënia e glukozës orale, thithja e biberonit dhe kontakti lekurë-lekurë i nënës me bebin, kanë ndikim pozitiv mbi perceptimin dhe ndjeshmërinë e bebit ndaj procedurave të dhimbshme.

Metoda.

U morën në studim gjithsej 150 neonate, të cilët ju janë nënshtruar procedurave të dhimbshme si marrje gjaku për analiza, gjetja e një vene, etj. Fëmijët e marrë në studim u ndanë në 4 grupe: 1) Grupi i parë, që u vendosen paraprakisht rreth 15-20 min në kontakt lëkurë-lëkurë me nënën. 2) Grupi i dytë të cilët gjatë procedurës së shpimit, ju stimuluan të thithin biberonin. 3) Grupi i tretë të cilëve gjatë procedurës së punktitimit ju dha glukozë orale. 4) Grupi i katërt, të cilëve nuk ju është aplikuar asnjë nga procedurat e mësipërme gjatë punktitimit. U regjistruan parametrat jetësore (frekuenca kardiake, frekuenca respiratore, SpO2) të fëmijëve të përfshirë në studim. Krahasuam përgjigjen ndaj dhimbjes, sjelljen e parametrave jetësore midis grupit të kontrollit dhe tij të studimit si dhe midis vetë grupeve të studimit.

Rezultatet. Në gjetëm dallime të rëndësishme statistikisht për kohëzgjatjen e të qarit, intensitetin e dhimbjes dhe SpO2.

Konkluzione.

Metodat e stimulimit (largimit të vëmendjes ndaj dhimbjes) kanë ndikim domethënëse në reduktimin e reagimit dhe perceptimit të dhimbjes ndaj procedurave invazive ndërkohë që vlerat e tyre jetësore kanë pësuar ndryshime jo shumë domethënëse.

Abstract

Purpose . To analyze whether such methods as giving oral glucose , sucking nipple and skin- skin contact with the mother's baby, and have a positive impact on the baby 's perception and sensitivity to painful procedures .

Methods.

It took a total of 150 neonate study , which you have undergone painful procedures such as taking blood for analysis, finding a vein,etc. Children in the study were divided into 4 groups : 1) The first group that were previously placed about 15-20 min in skin - skin contact with the mother . 2) The second group who during the drilling procedure, you absorb stimulated a bottle . 3) The third group whose puncture during the procedure given oral glucose. 4) The fourth group, which have not been applied any of the above procedures during puncture . Children involved in the first three groups constituted the study group, and the fourth that of control . Behavior and response to pain was assessed on a scale DAN (Douleur Aigue Nouveau). Depending on the responses of newborns scores were determined for each group. Vital parameters were recorded (cardiac frequency, respiratory rate, SpO2) of children included in the study. Calculated scoring averages for each group and bringing vital parameters . We compared the response to pain , bringing vital parameters between control group and his own study and between study groups. He compiled 95 % confidence intervals for the differences between the control group and the study, as well as for differences within the study group

Results. Control group and one study did not differ from each other in age pregnancy, birth weight and time of drilling. We found statistically significant differences for the duration of crying, the intensity of pain and SpO2 . While for grin, cardiac and respiratory frequency differences resulted not statistically significant.

Conclusions .

Stimulation methods (removal of attention to pain) have significant impact in reducing pain perception and response to invasive procedures while their life values have not changed very significantly.