



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISE TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKSORE TEKNIKE
DEPARTAMENTI I DIAGNOSTIKËS, REHABILITIMIT SHËNDETËSOR
INFERMIERISTIKËS NË KIRURGJI, INFERMIERISTIKËS NË
OBSETRIKË GJINEKOLOGJI
Shkenca Infermiore**

DISERTACION

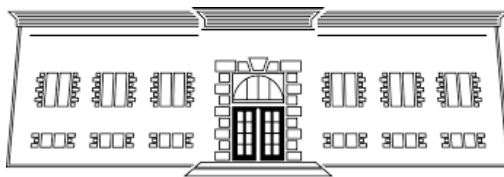
**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
“DOKTOR”**

**TEMA: “MENAXHIMI DHE KUJDESI INFERMIEROR
NË SËMUNDJET INTERNE“**

**KANDIDATI
Rajmonda BARA**

**UDHËHEQËS SHKENCOR
Prof. As. Enton BOLLANO**

Tiranë 2021



UNIVERSITETI I MJEKËSISË, TIRANË

**REPUBLIKA E SHQIPËRISË
UNIVERSITETI I MJEKËSISE TIRANË
FAKULTETI I SHKENCAVE MJEKSORE TEKNIKE
DEPARTAMENTI I DIAGNOSTIKES, REHABILITIMIT SHENDETESOR,
INFERMIERISTIKES NE KIRURGJI, INFERMIERISTIKES NE
OBSETRIKE GJINEKOLOGJI**

DISERTACION

I PARAQITUR NGA

Znj.Rajmonda BARA

**PËR MARRJEN E GRADËS SHKENCORE
DOKTOR NE SHKENCA INFERMIERORE**

**TEMA: MENAXHIMI DHE KUJDESI INFERMIEROR NË SËMUNDJET
INTERNE**

Udhëheqës Shkencor: Prof. As. Enton BOLLANO

MIRATOHET NË DATË ___/___/2021 PARA JURISË:

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

Tiranë 2021

© **Të gjitha të drejtat i rezervohen autorit.**

Ndalohet botimi i plotë ose i pjesshëm, kopjimi, futja në internet apo transmetimi në forma të tjera elektronike dhe/ose cdo formë tjetër qarkullimi tregtar i këtij botimi, pa lejen përkatëse me shkrim të autorit.

Citimi i mundshëm: Universiteti i Mjekësisë, Fakulteti i Shkencave Mjekësore Teknike, Rajmonda Bara: *Menaxhimi dhe kujdesi infermieror në sëmundjet interne* “Temë disertacioni, Tirane 2021.

DEKLARATË

Deklaroj që teza e titulluar “*MENAXHIMI DHE KUJDESI INFERMIEROR NË SËMUNDJET INTERNE*” është studimi im personal dhe pjesë e punës për të marrë gradën “Doktor” në Shkenca Infermirore në Fakultetin e Shkencave Mjekësore Teknike, Universiteti i Mjekësisë Tiranë. Të gjitha të ardhurat e përdorura për realizimin e kësaj teze janë kontributi im personal dhe ky punim është puna ime origjinale.

Deklaruesi
Rajmonda Bara

I.ABSTRAKT

Hyrje: Duke patur parasysh rolin e padiskutueshem të infermierit në fushën e mjeksise, evolimin shumë te shpejtë dhe te vazhdueshem të koncepteve të ndryshme lidhur me administrimin e kujdesit infermieror dhe me modifikimet konstante të profesionit gjithnjë e me shumë po ndihet nevoja që të bëhet një perkufizim sa më I saktë dhe sa më I plote I aktiviteteve dhe rolit infermieror.

Qëllimi: Qëllimi I studimit është themelimi I praktikave të perbashkëta të përdorura nga infermieret në menaxhimin dhe trajtimin e patologjive renale si dhe rendësia që ka trajnimi I infermiereve në fushën e nefrologjise në raport me nevojat e tyre edukative në menyre që të permisohet kujdesi ndaj pacientit.

Materiali dhe Metoda: Studimi eshte studim deskriptiv (cross-seksional) i tipit transversal. Në këtë studim u përfshinë gjithsej 160 infermiere të licensuara me moshë mesatare 41.5 ± 12.63 vjec. Studimi u realizua në një periudhë kohore 2013-2015 në disa spitale rajonale të vendit. Të dhenat u analizuan dhe u nxorrë n perfundime të caktuara me anë të programit SPSS version 15.00. Vlera $p \leq 0.05$ u konsiderua statistikisht e rëndesishme. Janë përdorur tabela dhe grafikë për vizualizimin e të dhënave

Rezultate: Nga 160 infermiere të marra ne studim rezultoi se mosha mesatare ishte 41.5 ± 12.63 vjec. Vërehet një mbizotërim i femrave 102(3.75 %) në krahasim me meshkujt 58(36.25 %). Nga 160 infermiere të marra në studim vërejmë se kohë zgjatja e praktikuar si një infermiere e licensuar më së shumti përben 4-7 vite në 37 individë (23.75 %). Sa I përket certifikimeve dhe trajnimeve në lidhje me edukimin në vazhdim të infermiereve rezultoi se vetëm 45 (28 %) infermiere i disponojne këto trajnime pa ndryshim statistikisht të rëndësishem ($p=0.01$).

Konkluzione: Të dhënat e mbledhura treguan që infermieret kishin një rol shumë të rëndësishëm në vlersimin, monitorimin dhe edukimin shëndetësor dhe se nevojitej një përmisim i vazhdueshëm në trajnimin dhe certifikimin e tyre.

Fjalë kyce: Sëmundjet kronike të veshkave, menaxhim infermieror, infermiere e nefrologjisë, trajnim I vazhdueshëm, edukim shëndetësor.

ABSTRACT

Introduction: Given the indisputable role of the nurse in the field of medicine, the very rapid and continuous evolution of various concepts related to the administration of nursing care and the constant modifications of the profession, there is a growing need to make a definition. the more accurate and complete the activities and the role of the nurse.

Purpose: The purpose of the study is to establish common practices used by nurses in the management and treatment of renal pathologies and the importance of training nurses in the field of nephrology in relation to their educational needs in order to improve patient care.

Material and Method: The study is a descriptive (cross-sectional) study of the transverse type. In this study were included a total of 160 licensed nurses with an average age of 41.5 ± 12.63 years. The study was conducted in a period of 2013-2015 in several regional hospitals in the country. were analyzed and certain conclusions were drawn using SPSS version 15.00. The value $p < 0.05$ was considered statistically significant. Tables and graphs were used to visualize the data.

Results: From 160 nurses included in the study it resulted that the average age was 41.5 ± 12.63 years. There is a predominance of 102 females (3.75%) compared to 58 males (36.25%). practiced as a licensed nurse mostly accounts for 4-7 years in 37 individuals (23.75%). Regarding certifications and trainings related to continuing education of nurses, it resulted that only 45 (28%) nurses have these trainings without statistically significant change ($p = 0.01$).

Conclusions: The data collected showed that nurses had a very important role in health assessment, monitoring and education and that there was a need for continuous improvement in their training and certification.

Keywords: chronic kidney disease, nursing management, nephrology nurse, Continuous training, health education.

II.Parathënie

“Kujdesi infermieror eshte nje art, qe realizohet si art, kerkohet perkushtim I plote dhe pergatitje e forte sikurse per cdo veper piktori apo skulptori, me ndryshimin qe nuk ke te besh me nje telajo apo me nje mermer te forte, por me trupin njerzor tempullin e shpirtit te Zotit, Eshte nje nga artet e bukura madje me I bukuri I arteve te bukura”

Florence Nighitingale

Ky studim hedh drite mbi rolin e infermierit në vlersimin dhe monitorimin e pacientit,sa I rëndësishem është roli I tij në edukimin dhe mbështetjen e pacientit gjatë gjithë ecures së semundjes dhe përmisimin e kujdesit ndaj tyre.Menaxhimi dhe kujdesi I infermiereve kryesisht atyre të nefrologjise ka si nevojë trajnimin e ketij personeli thellimin e dijeve dhe njohurive të tyre në këtë fushë,krijimin e një praktike të avancuar nëpërmjet pjesmarrjes në trajnime,ë orkshope,konferenca në mënyrë që fokusi I këtyre infermiereve të jetë vetëm në specialitetin e nefrologjisë.Qëllimi I studimit është themelimi i praktikave të përbashkëta të përdorura nga infermieret në menaxhimin e patologjive të ndryshme në pacientet e nefrologjisë dhe gjithashtu të identifikojë trajnimin e infermiereve të nefrologjisë dhe nevojat e tyre edukative në mënyrë që të permisohet kujdesi ndaj pacientit.Duke patur parasysh rolin e padiskutushëm të infermierit në fushën e mjeksise,evolimin shumë te shpejtë dhe te vazhdueshem të koncepteve të ndryshme lidhur me administrimin e kujdesit infermieror dhe me modifikimet konstante të profesionit gjithnjë e me shumë po ndihet nevoja që të bëhet një perkufizim sa më i saktë dhe sa më i plote i aktiviteteve dhe rolit infermieror. Profesionit i infermierit pergjatë viteve ka ardhur gjithnjë e me tepër në zhvillim. Historikisht detyra e vetme e infermieres ishte sigurimi I komfortit dhe kujdesit për të sëmurët. Zhvillimi i teknologjise, njohurive, përkrahjes së shëndetit dhe parandalimit të sëmundjes ka bërë që të shtrihen rolet dhe funksionet infermiere. Me zhvillimin e njohurive teorike dhe praktike të personelit shendetësor infermieror në lidhje me menaxhimin dhe kujdesin sa më adekuat ka sjellë një përmisim të kualitetit të jetës së pacientit, një plotesim të nevojave të kujdesit për pacientin. Edukimi i avancuar i infermiereve, shtrirja e roleve të tyre, planifikimi menaxhimi efikas dhe kordinimi me stafin tjeter shndetesor kanë sjellë një përmbushje të objektivave duke siguruar një kujdes cilësor për pacientin. Megjithatë akoma shkencat infermiereore janë në stadin e rafinimit, sepse disa modele vazhdojnë të mbeten akoma në teori pa patur mundesi që të testohen plotësisht në praktikë. Shpresoj që ky studim të japë të dhëna në lidhje me rolin infermieor ne vendin tone shtrirjen e roleve infermiereore, të kontribuojë në hartimin e politikave në mënyrë që roli I infermierit të mos mbetet vetëm në kujdesin e pacientit por të shtrihet dhe më gjërë duke krijuar kushte sa më të pershtatshme për zhvillimin e profesionit te tyre.

III. PËRMBAJTJA E LËNDËS

DEKLARATË	iv
I.ABSTRAKT	v
ABSTRACT	v
<i>II.Parathënie</i>	vi
III. PËRMBAJTJA E LËNDËS	vii
IV. MIRËNJOHJE	ix
V. SHKURTESA	x
VI. LISTA E TABELAVE DHE GRAFIKEVE.....	xi
Lista e figurave	xi
Lista e tabelave	xi
Lista e grafikeve.....	xii
I. HYRJE	1
1.1 Sfondi historik.....	1
1.2 Të Dhëna të Përgjithshme.....	2
1.3 Epidemiologjia.....	6
1.4 Etiologjia	9
1.5 Manifestimet klinike.....	9
1.6 Fiziologjia e sistemit ekskretues	9
2. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT	28
2.1 Qellimi	28
2.2 Objektivi i përgjithshëm	28
3. MATERIALI DHE METODA	29
3.1 Popullata në studim.....	29
3.2 Instrumenti dhe mënyra e mbledhjes së të dhënave.....	29
3.3 Lloji i variableve në studim	30
3.4 Metodologjia e analizës statistikore.....	31
4. REZULTATET	32
4.1 Te dhenat sociodemografike	32
5. DISKUTIM.....	63
6. KONKLUSIONE.....	67
7. REKOMANDIME	69
8. DEFINICIONI I INFERMIERES SE NEFROLOGJISE.....	70
8.1 Procesi infermieror dhe standartet infermiere ne nefrologji:.....	71
8.2 Procesi i kujdesit infermieror	78

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

8.3 Procesi infermieror në insuficiencen renale.....	82
8.4 Glomerulonefriti kronik	98
8.5 Urolitiza.....	100
8.6 Hemodializa dhe dializa peritoneale	103
9. BIBLIOGRAFIA.....	114
10. ANEKSE	123
10.1. Flete informuese.....	123
10.2 Pyetesori.....	124

IV. MIRËNJOHJE

Deshiroj të falenderoj për zemërsisht udhëheqësin tim shkencor Prof. As. Enton BOLLANO për mbështetjen ndihmesen dhe inkurajimin e tij te vazhdueshem gjatë gjithë periudhës së punimit tim shkencor dhe hartimit të disertacionit përfundimtar.

Një falenderim i vecantë shkon per Prof. Asc.Ilirjana ZEKJA e cila me përkushtimin e saj mundësoi kryerjen e këtij cikli studimi.

Gjithashtu një falenderim i shkon dhe stafit të spitaleve rajonale ku unë kam kryer studimin tim për ndihmen e madhe në marrjen e të dhë nave.

Mirënjohje të madhe meriton dhe familja ime vecanarisht babai im per mbeshtetjen dhe inkurajimin e vazhdueshem gjate të gjithë periudhës së realizimit të këtij studimi shkencor.

V. SHKURTESA

SKV	Sëmundja Kronike e Veshkave
IRA	Insuficienca Renale Akute
IRK	Insuficienca Renale Kronike
GFR	Filtrimi Glomerular

VI. LISTA E TABELAVE DHE GRAFIKEVE

Lista e figurave

Figura 1.1 Pamja anatomike e sistemit urinar.....	2
Figura 1.2 Preja tansversale e nefronit.....	4
Figura 1.3 Anatomia makroskopike e veshkes	5
Figura 1.4 Anatomia mikroskopike e veshkes	6
Figura 1.5 Prevalenca e semundjeve kronike te veshkave ne bote	8
Figura 1.5. 1 Fiziologjia e Pielonferiti akut	10
Figura 1.5. 2 Manifestimet klinike te pielonefritit	11
Figura 1.5. 3 Fiziologjia e Uretritit	13
Figura 1.5. 4 Ndryshimet ne veshke gjate pielonfritit akut.....	14
Figura 1.5.5 Manifestimet klinike të pielonefritit akut	15
Figura 1.5.6 Pamje të 1. Veshka normale 2. Veshka e zmadhuar me glomerulonefrit akut.....	16
Figura 1.5.7 Pamje e traktit urinar gjate urolitiazes	20
Figura 1.5.8 Pamje e traktit urinar gjate nefrolitiazes.....	20
Figura 1.5.9 Pamja e gurëve në veshka.....	21

Lista e tabelave

Tabela 4.1 Karakteristikat e individve të përfshirë në studim	32
Tabela 4. 2 .Karakteristikat sociodemografike të individëve në studim (N=160).....	32
Tabela 4.3 Statistika e përmbledhur e gjinisë	33
Tabela 4.4 Statistika e përmbledhur e moshës	34
Tabela 4.5 Shperndarja sipas grupmoshes e 160 individeve	34
Tabela 4. 6 Shperndarja e individëve sipas grupmoshës dhe gjinisë	35
Tabela 4.7 Shperndarja e individëve sipas qyteteve	37
Tabela 4.8 Koha e praktikuar si një infermiere e licensuar	38
Tabela 4.9 Tabela permbledhese si infermiere te licensuara	38
Tabela 4.10 Shperndarja e individeve sipas nivelit të edukimit	39
Tabela 4.11 Shperndarja e individeve sipas nivelit të arsimimit	40
Tabela 4.12 Sigurimi I kujdesit infermieror tek pacientet e nefrologjise	41
Tabela 4. 13 Shperndarja në bazë të certifikimeve jashtë territorit shqiptar	42
Tabela 4.14 Shperndarja në bazë të trajnimeve të lidhura me menaxhimin infermieror	44
Tabela 4.15 Shperndarja në bazë të rolit si infermiere prakticionere	46
Tabela 4.16 Shpërndarja në bazë të rolit si infermiere specialiste klinike.....	48
Tabela 4.17 Shperndarja në baze të kohës së shpenzuar në nderhyrje të ndryshme nefrologjike.....	49
Tabela 4.18 Shpërndarja në bazë të kohës së shpenzuar në trajtimin e pacienteve të grupmoshave të ndryshme	51
Tabela 4.19 Shpërndarja në bazë te kohës së shpenzuar si infermier në fushat e mëposhtme	52

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Tabela 4.20 Shpërndarja në bazë të kohës së shpenzuar në trajtimet si infermier I nefrologjisë	54
Tabela 4.21 Shpërndarja në baze të certifikimeve si infermier I nefrologjisë	56
Tabela 4.22 Shpërndarja në bazë të kontaktit me infermieret jashtë territorit shqiptar	57
Tabela 4.23 Shpërndarja në bazë te pjesëmarrjes në ndonjë shoqate mjekësore	58

Lista e grafikeve

Grafiku 1.5.1 Shkaqe te pergjithshme te insuficiences renale acute.....	23
Grafiku 1.5 2 Procesi infermieror dhe standartet e praktikës profesionale infermiere.	71
Grafiku 4.1 Shperndarja sipas gjinisë së individëve	33
Grafiku 4. 2 Shperndarja sipas grupmoshës së individëve	35
Grafiku 4.3 Shperndarja e individëve sipas grupmoshës	36
Grafiku 4.4 Shperndarja e individëve sipas qyteteve.....	37
Grafiku 4.5 Koha e praktikuar si një infermiere e licensuar	39
Grafiku 4.6 Shpërndarja e individëve sipas nivelit të edukimit.	40
Grafiku 4.7 Sigurimi I kujdesit infermieror tek pacientet e nefrologjisë.....	42
Grafiku 4.8 Shperndarja ne baze te certifikimeve jashte territorit shqiptar	43
Grafiku 4.9 Shperndarja ne baze te trajnimeve te lidhura me menaxhimin infermieror	45
Grafiku 4.10 Shperndarja në bazë të viteve të punes si infermiere e nefrologjisë.....	46
Grafiku 4.11 Shpërndarja në bazë të rolit si infermiere prakticionere.....	47
Grafiku 4.12 Shpërndarja në bazë të rolit si infermiere specialiste klinike	49
Grafiku 4.13 Shperndarja në bazë të kohes së shpenzuar në nderhyrje të ndryshme nefrologjike	50
Grafiku 4.14 Shpërndarja në baze të kohes së shpenzuar në trajtimin e pacienteve të grupmoshave të ndryshme	52
Grafiku 4.15 Shpërndarja në bazë të kohës së shpenzuar si infermier në fushat e mëposhtme	54
Grafiku 4.16 Shpërndarja në bazë të kohës së shpenzuar në trajtimet si infermier I nefrologjisë	55
Grafiku 4.17 Shpërndarja në bazë të certifikimeve si infermier I nefrologjisë	57
Grafiku 4.18 Shperndarja në bazë të kontaktit me infermieret jashtë territorit shqiptar	58
Grafiku 4.19 Shperndarja ne baze te pjesmarrjes ne ndonje shoqate mjeksore.....	60

I. HYRJE

1.1 Sfondi historik

Nje historik i shkurtër i shërbimit infermieror në Shqiperi
Infermieristika është një disiplinë e Mjekësisë, që trajton dhënien e ndihmës mjekësore ndaj të sëmurëve, kurimin e tyre dhe përkujdesjen ndaj individëve për të mbajtur dhe përmirësuar gjendjen e tyre shëndetësore. Për këtë arsye është një profesion me vlerë të lartë shoqërore, që e vendos Infermierin në një marrëdhënie të ngushtë me të sëmurin, familjen dhe kontekstin e tij.

Profili Profesional

Infermieri është një profesionist që merret me asistencën infermieristike, kuruese, qetësuese dhe rehabilituese ndaj pacientëve. Ai merr pjesë në përcaktimin e nevojave shëndetësore, planifikon, administron dhe vlerëson ndërhyrjen asistencialë, garanton zbatimin e saktë të udhëzimeve mjekësore diagnostikuese dhe kuruese. Infermieri ndihmon në kërkimin shkencor, në formimin universitar dhe në atë të personelit ndihmës, dhe pas diplomimit mund të specializohet në fusha të ndryshme ose të frekuentojë mastera profesionale ose masterin shkencor:

- 1912: Gra të moshuara perdornin barna dhe trajtim për të semurët kryesisht për sëmundjet ngjitëse të cilat ishin shume të perhapura në atë kohë.
- 1914 u ngrit Drejtorja e Pergjithshme Shëndëtesore, U hap një spital ne Vlorë për nevojat e luftës
- 14 maj 1919 u hap një spital shqiptaro-amerikan ku në 1932 u quajt “Spitali I Pergjithshëm Zogu i I-rë”.
- 30 Dhjetor 1921 krijohet Kryqi I Kuq Shqiptar
- 1923 hapet shkolla e parë e infermiereve vizituese
- 1926-1933 pergatiten specialist dhe hapen ambulanca ne Vlore, Durres.
- 1932-1937 u hap kursi për agjent mjeksore djem në Spitalin Zog I I-re.
- U hap shkolla e infermiereve në Tiranë që drejtohej nga dy francezë.
- 1939-1944 U celen kurse infermiere kryesisht kurse për ndihmën e parë
- 1944 U ngrit Ministria e Shëndëtesisë.
- 1946 Konferenca e parë shqiptare”Hapja e kurseve 5 vjecare për infermier ne disa rrethe të vendit”
- 1948 Teknikumi Mjeksor në Tiranë
- 1952 Programi I parë I shkollës së mesme profesionale 3 vjecare
- 1943 Politeknikumi mjeksor ne Tirane 4 vjecar
- 1957-1959 Kurse kualifikimi 1-2 vjecare në disa rrethe
- 1980 Shkolla 3 vjecare për infermiere
- 1991 Kurs 1 vjecar për infermier pas shkollës së mesme e barasvlefshme me formimin e mesem 4 vjecar profesional
- 1992 Shoqata e Infermiereve dhe Mamive të Shqiperisë
- 1994 Shkolla e lartë e Infermierisë me 3.5 vite studimi pas arsimit të mesëm
- 2005-2006 Fakultet te Infermierisë në Tiranë dhe në rrethe të vendit që pergatiten kuadro të lartë me sistemin e Bolonjës me një program europian 3±2 bachelor dhe me pas master.(109)

I.2 Të Dhëna të Përgjithshme

Sfondi Teorik

SISTEMI EKSKRETUES

Sistemi ekskretues është sistemi i organeve që prodhon, depoziton dhe largon urinën. Në njerëz, ky sistem përfshin dy veshka, dy ureterë, fshikëzën urinare, uretrën dhe dy muskuj sfinkter.(39)

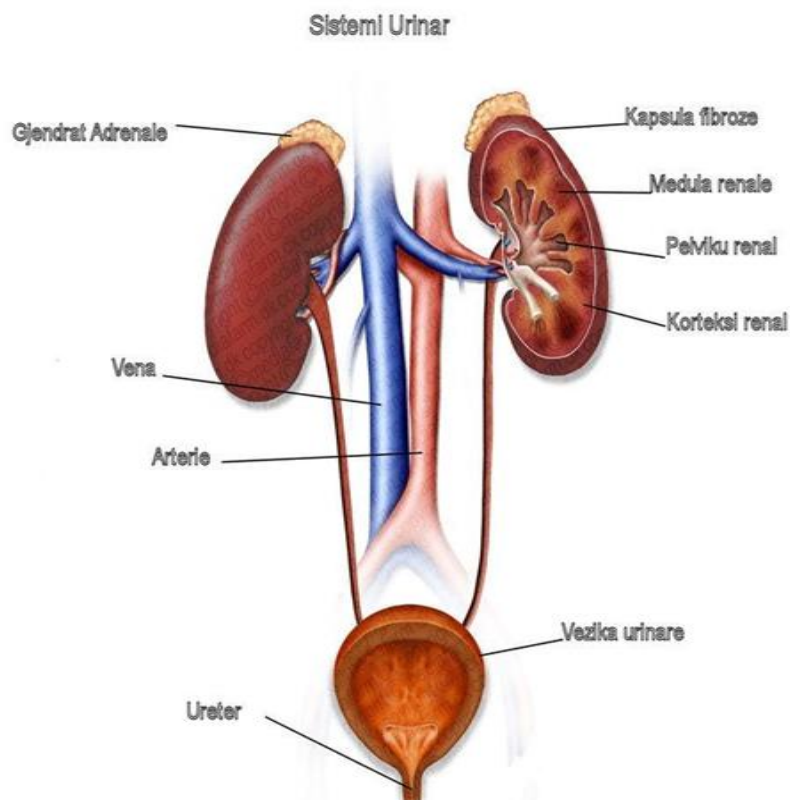


Figura 1.1 Pamja anatomike e sistemit urinar

Aparati urinar përbëhet nga:

- 1-Veshkat
- 2-Ureterët
- 3-Vesica urinare
- 4-Uretra

Sipas funksionit të tyre klasifikohen si më poshtë:

- 1-Organet sekretore-veshkat
- 2-Kanalet ekskretore të brendshme-Ureterët
- 3-Rezervuari i urinës-Vezika urinare
- 4.Kanali ekskretor i jashtëm-Uretra(108,109)

NEFROLOGJIA

Nefrologjia është një disiplinë e re në mjeksi. Fillimet e saj ishin para luftës së dytë botërore me studimet e para të fiziologjisë së veshkave dhe semundjet e tyre por natyrisht njohuritë e atëhershme dhe niveli mjeksor nuk lejonin të konceptoheshin në mënyrë të qartë si funksioni ashtu dhe semundjet e veshkave.(23) Pas viteve 50 falë arritjeve të shkencave dhe aplikimit të tyre në mjeksi u krijuan kushte që çuan në njohjen e shumë aspekteve të funksioneve dhe sidomos fiziopatologjisë së semundjeve të veshkave(23). Aplikimi i metodës së punktionit të biopsise renale dhe zbatimi i metodave të mikroskopisë elektronike krijuan mundësi të jashtëzakonshme për njohjen në vazhdimësi të proceseve morboze.(137) Lindën dhe u perfeksionuan metodat e terapisë zëvendësuese suplementare të dializës dhe transplantit dhe të perfeksionohen metodat e ndryshme të trajtimit. Falë këtyre metodave të sëmurët renale nuk janë më personifikim i fatalitetit që destinoheshin të shkonin drejt vdekjes por mbijetesa dhe jetesa e tyre tashmë është e sigurt.(137)

Nefrologjia është disiplina që ka të bëjë me diagnozën dhe trajtimin e sëmundjeve të veshkave, përfshirë imbalancën e elektroliteve dhe hipertensionin, dhe kujdesin e atyre që kërkojnë terapi zëvendësuese renale, duke përfshirë dializën dhe pacientet renal të transplantimit.(23)

Shumë sëmundje që prekin veshkën janë çrregullime sistemike që nuk kufizohen thjesht të organi vete dhe mund të kërkojnë një trajtim të veçantë.(137)

Këto janë disa nga shërbimet në fushën e nefrologjisë:

- Trajtimi i hipertensionit arterial
- Mjekimi i infeksioneve të kanaleve të urinës
- Glomerulonefritet dhe imunonefropati të tjera
- Anemia me origjinë nga veshkat
- Nefropatitë diabetike
- Sëmundja kronike e veshkave
- Përgatitja për transplantimin e veshkave
- Kontrollime eksonografike
- Intervenime nën kontrollin e ultrazërit

Veshka

Veshkat janë organe në formë fasuleje që shtrihen në abdomen, mbrapa peritoneumit të organeve të tretjes, rreth ose poshtë kafazit të krahavorit dhe pranë vertebrës lumbare.(108,109) Organi ka madhësinë e një grushti, rrethohet nga yndyrnat perirenale dhe gjendur në polin më të lartë të secilës veshkë është gjendra e adrenalinës. Veshkat marrin një sasi gjaku prej 1,25 litrash në minutë (25 % e vëllimit të gjakut të pompuar nga zemra) nga arteriet renale që ushqehen nga aorta abdominale. Kjo është mjaft e rëndësishme sepse funksioni kryesor i veshkave është pastrimi i mbeturinave të tretshme nga gjaku. Pjesa tjetër e veshkave gjendet në fundin e tyre në ureterët.(108)

Veshkat kryejnë një sërë funksionesh si : mbledhja e urinës, sistemimi i elektroliteve, dhe ruajtja e parametrevë bazë-acid. Veshkat nxjerrin jashtë dhe thithin elektrolit (p. sh. natriumi, kaliumi dhe kalciumi) nën ndikimin e hormoneve. Baraspesha e pH kryhet duke nxjerrë jashtë (ekskretuar) acidet dhe jonet amon. Përveç kësaj, ato

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

heqin qafe urenë, një mbeturinë nitrogjenore e prodhuar prej reaksioneve të aminoacidëve.(109)

Njerëzit prodhojnë rreth 2,9 litra urinë në 24 orë, ndonëse kjo sasi ndryshon sipas rrethanave. Për shak se shkalla e pastrimit në veshkë është në proporcion me shkallën e pastrimit në glomerulë, (e cila vetë është e lidhur me qarkullimin e gjakut në veshkë) ndryshimi i sasisë së lëngjeve në gjak ndikon në funksionimin e veshkës.(108,109) Hormonet ekzogjene (që ndodhen jashtë sistemit) dhe endogjene (që ndodhen brenda sistemit) ndryshojnë sasinë e gjakut që qarkullon në qarkullon në glomerulë. Disa mjekime ndikojnë në mënyrë direkte ose indirekte në prodhimin e urinës. Diuretikët e arrijnë këtë duke ndryshuar sasinë e elektroliteve të thithur ose ekskretuar, duke shkaktuar prodhimin e urinës.(109)

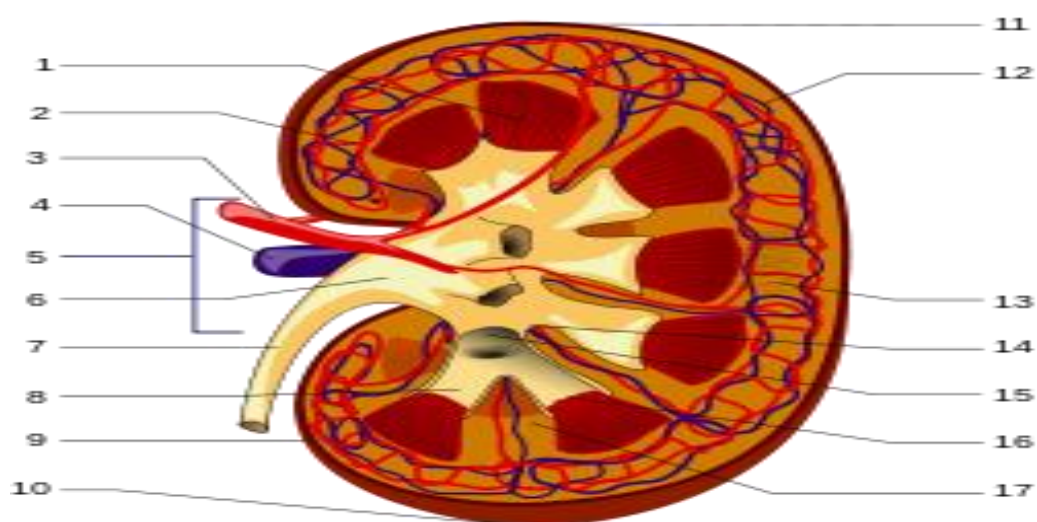


Figura 1.2 Preja tansversale e nefronit

Piramida Renale • 2. Arteria Interlobulare • 3. Arteria Renale • 4. Vena Renale • 5. Hilumi (Hyrja) • 6. Hapësira Renale • 7. Ureteri • 8. Xhepi i vogël • 9. Kapsula Renale • 10. Kapsula Renale e Poshtme • 11. Kapsula Renale e Sipërme • 12. Vena Interlobulare • 13. Nefroni • 14. Xhepi i Vogël • 15. Xhepi i Madh • 16. Tubi Renal • 17. Kollona Renale

Funksionet kryesore të veshkës janë:

1. Ruajtja e balances së ujit dhe elektrolitëve
2. Rregullimi i osmolaritetit të plazmës dhe të përqëndrimit të elektroliteve në të.
3. Ekskretimi i produkteve përfundimtare të metabolizmit
4. Rregullimi i ekuilibrit acido-bazik (108)

Anatomia makroskopike

Pesha	150 g
Gjatesia	12 deri 14 cm
Gjeresia	7 cm
Trashesia totale	3 cm
Trashesia mesatare e korteksit	1 cm
Numri I piramidave ose lobulave	8 deri 10
Trashesia mesatare e grupeve kalciene	3
Numri I glomerulave	10 ⁶ deri ne 12 ⁶
Gjatesia e tubit proksimal	12 deri 24 mm. Diametri 50 deri 65 μ
Gjatesia e segmentit te holle te Henlese	0 deri 14 mm. Diametri 14 deri 22 μ
Segmenti I trashe ngjites	6 deri 18 mm. Diametri
Tubi distal	2 deri 9 mm
Tubi kolektor	22 mm. Diametri 200 μ

Tabela 1.1 Disa karakteristika strukture te veshkes se te rriturit

Veshkat janë të vendosura në retroperitoneum , në murin e pasëm të barkut , anët e Kolonit As. dhe desc. prapa . Pol e sipërme është në nivelin e kraharorit rruazë gjysmë lombare , pol inferior arrin rruazë 33 te mesit .(109)

Veshka e drejtë është më e ulët se rreth 1/2 rruazë për praninë e mëlçisë në anën D . Mesi i veshkave është ku enët e ILO-s veshkave dhe nervat renale dhe vjen nga uretëri .

Hilum çon në zgavrën renale sinus me anije rrafshuar , nerva , indeve , i rrethuar nga parenchyma veshkave ; hilum renaluretres zgjerohet për të formuar Pelvisit renal . Secili prej veshkave është mbuluar nga një kapsulë fibroze

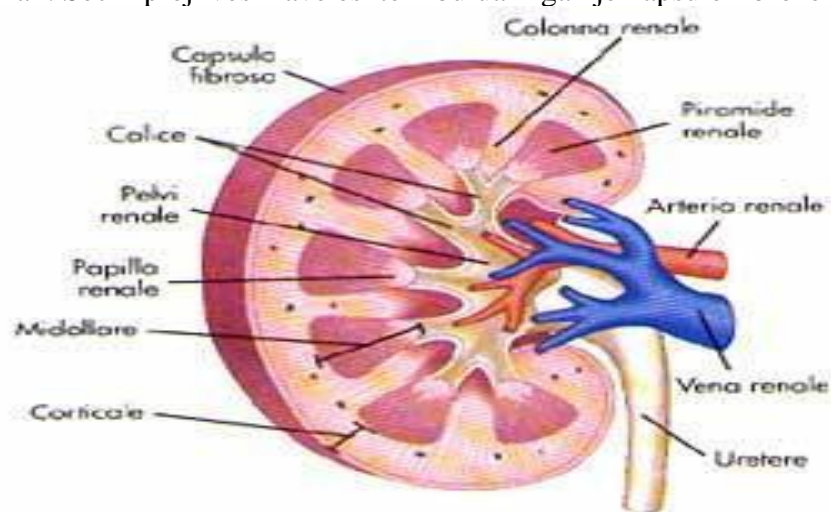


Figura 1.3 Anatomia makroskopike e veshkes

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

njerëz, të cilët mbahen në jetë me anë të dializës apo transplantimit. Kjo shifër parashikohet të dyfishohet brenda dhjetëvjeçarit të ardhshëm. Specialistët theksuan se kjo barrë ekonomike do të vërë në vështirësi buxhetet e shëndetësisë në vendet e zhvilluara. (26) Ndërsa vendet me të ardhura të ulëta është e pamundur të përballojnë kosto të tilla. Nëse sëmundja nuk trajtohet në kohë problemet që lindin janë të një përmase tepër të rëndë. Mjafton të thuhet që në vitin 2015, rreth 36 milionë persona do të vdesin nga veshkat në botë. Organizata Botërore e Shëndetësisë synon të ulë vdekjet në sëmundjet kronike në 2 për qind në vit për dhjetë vitet e ardhshme. Qëllimi kryesor është sensibilizimi i njerëzve, në mënyrë që ata të bëhen të vetëdijshëm për këtë rrezik. (4) Në këtë kontekst, ai u shërben jo vetëm pacientëve dhe njerëzve në përgjithësi, por edhe personelit mjekësor, për t'u bërë të vetëdijshëm për rolin e veshkave dhe të sëmundjeve që shoqërohen më shumë me dëmtimin e tyre, si diabeti dhe hipertensioni arterial.(3)

Prevalenca e semundjeve nefrologjike ne Shqiperi

Te dhenat e raportuara tregojne se 1ne 14 vete vuan nga semundje te veshkave.

Grupmosha me e prekur eshte mbi 40 vjec

Raporti ne bote eshte 1 me 10.

Fakte mbi sëmundjet e veshkave

- 10% e popullsisë së botës vuan nga sëmundjet kronike të veshkave
- Rreth 1 në 10 njerëz kanë një formë të këtyre sëmundjeve
- Gjendje të ndryshme mund të çojnë në probleme të veshkave
- Prekin njerëzit e të gjitha moshave dhe racave
- Takohet më shpesh me rritjen e moshës dhe në veçanti te gratë.
- 1 në 5 meshkuj dhe 1 në 4 gra midis moshës 65 - 74 vjeç kanë sëmundje të veshkave
- Gjysma e njerëzve të moshës 75 vjeç ose më shumë kanë një formë të Sëmundjes Kronike të Veshkave, shumë prej tyre në fakt nuk kanë sëmundje të veshkave, por ata kanë plakjen normale të veshkave të tyre.
- Më shumë se 80% e individëve që marrin terapi zëvendësuese të veshkave (RRT) jetojnë në vendet e zhvilluara, sepse në vendet në zhvillim ajo është kryesisht e papërballueshme.
- Kostua e trajtimit të kësaj epidemie në rritje paraqet një barrë të madhe mbi sistemet e kujdesit shëndetësor në mbarë botën. (3,4,26)

Fakte globale rreth sëmundjeve te veshkave

- 10 % e popullsisë botërore është e prekur nga sëmundjet kronike të veshkave dhe vdekshmëria është e lartë sepse ata nuk kanë akses në trajtimet me kosto të përballueshme.(3)
- Sipas një studimi në vitin 2010 semundjet kronike të veshkave u renditën në vendin e 18 në listën e shkaqeve të numrit të përgjithshëm të vdekjeve në mbarë botën nga vendi i 27 që ishin në vitin 1990.(3,4)
- Mbi 2 milion njerëz në të gjithë botën marrin trajtim dialize ose transplant për të qëndruar gjallë,por ky numër mund të perfaqesojë vetëm 10% të njerzve që kanë nevojë për këto trajtime për të jetuar.(4)
- Nga 2 milion njerez të cilët marrin trajtime për sëmundjet kronike të veshkave,pjesa më e madhe e tyre janë trajtuar vetëm në këto 5

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

shtete:SHBA,Japoni,Brazil.Itali,Gjermani.Këto 5 shtete përfaqesojne vetem 12 % të popullsisë botërore.Vetëm 20 % trajtohen në 100 shtete në zhvillim që në total përbëjne mbi 50 % të popullsisë.(3)

- Më shumë se 80 % e popullsisë që marrin trajtim për semundjet kronike të veshkave janë në vende të pasura dhe me qasje të madhë në institucionet shëndetësore.(26)
- Është vlersuar se numri I rasteve të të sëmurëve me sëmundje kronike të veshkave do te rritet në mënyrë disproporcionale në vendet në zhvillim si Kina dhe India ku popullsia e moshuar është në rritje.(3,26)
- Në vendet me te ardhura mesatare trajtimi me dializë dhe transplant krijon një barrë të madhe financiare për njerëzit që kanë nevojë për këtë trajtim.
- Në 112 vende të tjera nuk mund të ofrohet ky trajtim për të gjithë gjë që rezulton me vdekjen e 1 milion njerzëve nga mungesa e trajtimit të tyre.
- Në botë në grupmoshën 65-74 vjec vlersohet se 1 në 5 burra dhe 1 në 4 gra ka sëmundje kronike të veshkave.(4)
- Semundjet jo te transmetueshme të tilla si sëmundjet e veshkave diabeti apo sëmundjet e zemrës kanë zëvendësuar sëmundjet ngjitëse si malaria apo AIDS si shkaqet më të zakonshme të vdekjeve të parakohshme
- Rreth 80 % e këtyre vdekjeve ndodh në vendet me të ardhura të ulta ose mesatare dhe 20 % e këtyre personave janë më të rinj se 60 vjec.(26)
- Sëmundjet kronike të veshkave janë një alarm shendetësor në të gjithë botën.
- Në 2005 nga 85 milion vdekje në botë 35 milion i atribuohen sëmundjeve kronike të veshkave.(3,4)

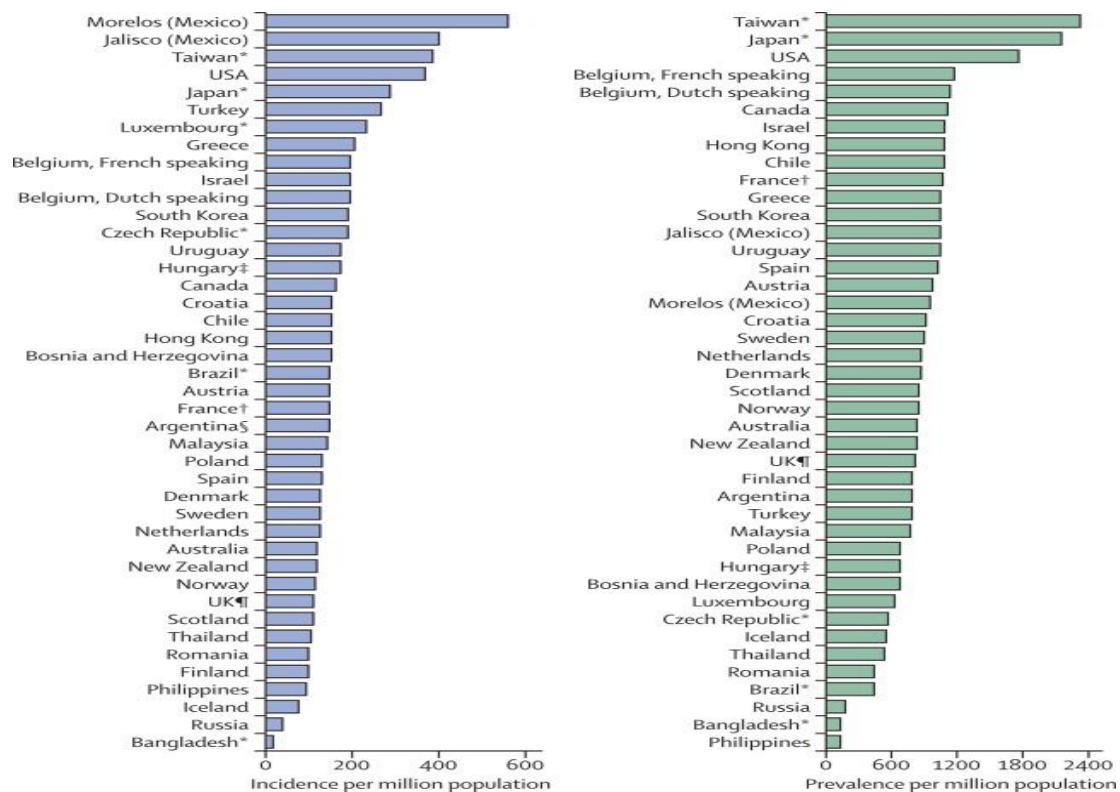


Figura 1.5 Prevalenca e semundjeve kronike te veshkave ne bote

I.4 Etiologjia

Semundjet e veshkave jane shume te shpeshta tek popullata dhe pergjithesisht shkaktari i tyre eshte i pa vertetuar.

Tek semundjet e veshkave kemi :

- infeksionin urinar kronik ne 25 % te rasteve
- nefropatia diabetike ne 20 %
- policistoza renale ne 17 %
- glomerulonefriti kronik ne 12-15 % te rasteve .

Gjate dekadave te fundit eshte vene re nje rritje e madhe e numrit te personave qe preken nga diabeti dhe per rrjedhoje kemi edhe nje rritje te insuficiences renale.

Pervec kesaj nje shkak madhor i insuficiences renale vazhdon te jete hipertensioni. Persa i perket infeksioneve kronike, kjo ka te beje shume edhe me vendin ku banon i semuri, psh. ne vendet me standart te larte jetese vihet re nje ulje e ndjeshme e ketyre rasteve. (134)

I.5 Manifestimet klinike

Pergjithesisht semundjet renale fillojne pa shume shqetesime por qe vijne duke u theksuar. Nder keto shqetesime vihen re:

- Edemat
- Lodhje
- Ndryshime ne urinim
- Dhimbje
- Enureze
- Te perziera dhe te vjella
- Veshtiresi ne frymemarrje
- Dhimbje mesi
- Renie oreksi (5,6)

I.6 Fiziologjia e sistemit ekskretues

Patologjitë kryesore të sistemit ekskretues përfshijnë:

1. Infeksionet urinare ku futen infeksionet akute të traktit të poshtëm urinar:
 - Uretriti
 - Cistiti
 - Prostatiti

Infeksione të traktit të sipërm urinar:

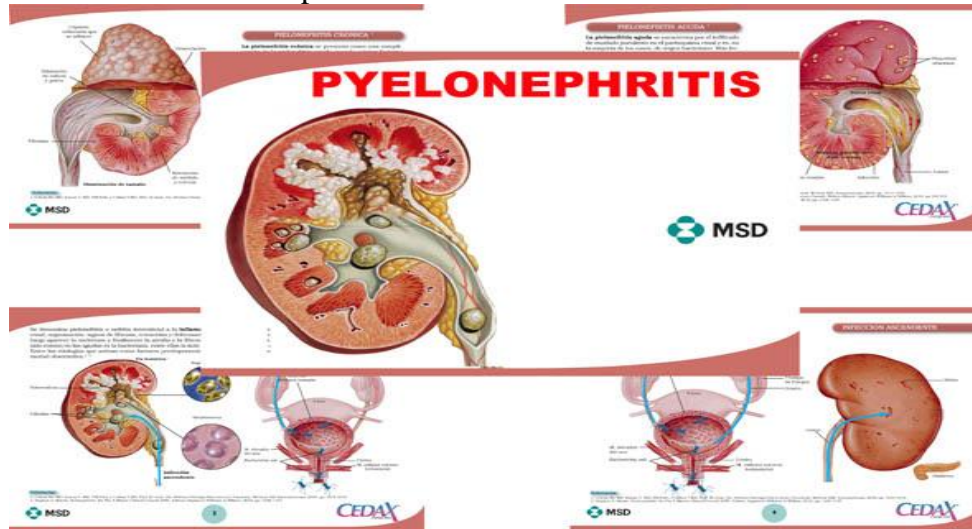


Figura 1.5. 1 Fiziologjia e Pielonferiti akut

1. Uretra, 2. Fshikeza urinare (vesica urinaria).

CISTITI është një inflamacion I vezikës urinare që shkaktohet nga agjentë infectivë të tillë si bakteret viruset kerpudhat parazitët. (108)

FAKTORET E RRISKUT

Disa njerëz mund të zhvillojnë më shumë dhe më shpesh infeksione se të tjerët dhe këta janë:

- Gjinia femër, 50% e tyre zhvillon një infektion urinar në një moment të caktuar të jetës së tyre dhe shumë prej tyre mund të zhvillojnë më shumë se një të tillë.
- Jeta aktive seksuale. Femrat me jetë seksuale aktive janë më të prira për të zhvilluar më shumë infeksione urinare. Akti seksual mund të irritojë uretrën, duke predispozuar bakteret të udhëtojnë më lehtë deri në vezikë. Madje, kulmi i infeksioneve urinare te femrat arrin në “muajin e mjaltit” apo me fillimin e aktivitetit seksual.
- Përdorimi i disa metodave profilaktike, siç janë diafragmat apo përdorimi i agjentëve spermicidë.
- Moshë. Pas menopauzës, infeksionet urinare mund të shtohen, pasi indet e vaginës, të uretrës dhe baza e fshikëzës bëhen më të holla dhe më të brishta nga humbja e estrogenëve që i mbajnë këto inde vitale.
- Gurët në veshka apo çdo lloj obstrukcioni i traktit urinar (edhe hipertrofia beninje e prostatës, e cila haset shpesh tek burrat mbi 60 vjeç, rrit incidencën), duke penguar rrjedhjen normale të urinës dhe duke shkaktuar stazë.
- Diabeti dhe sëmundjet e tjera kronike të cilat ulin mbrojtjen imunitare.
- Përdorimi i zgjatur i tubave (kateterave urinare)
- Imobilizimi (qëndrimi për një kohë shumë të gjatë në shtrat – pas frakturave të ndryshme)
- Shtatzënia.
- Higjiena e ulët.

Incidenca më e shpeshtë e infeksioneve urinare është tek gjinia femër 50 herë më tepër se tek gjinia mashkull. (108,109)

MANIFESTIMET KLINIKE

Urgjencë e vazhdueshme dhe e fortë për të urinuar një ndjesi djegieje gjatë aktit të urinimit. Urinime të shpeshta dhe në sasi të pakët. Hezitimi (ndjesia sikur nuk urinojmë dot apo nuk zbrazim plotësisht fshikëzën). Gjak në urinë (urinë e kuqe) apo urinë e turbullt, erë të rëndë. Urinimi gjatë natës (nikturia)(109)

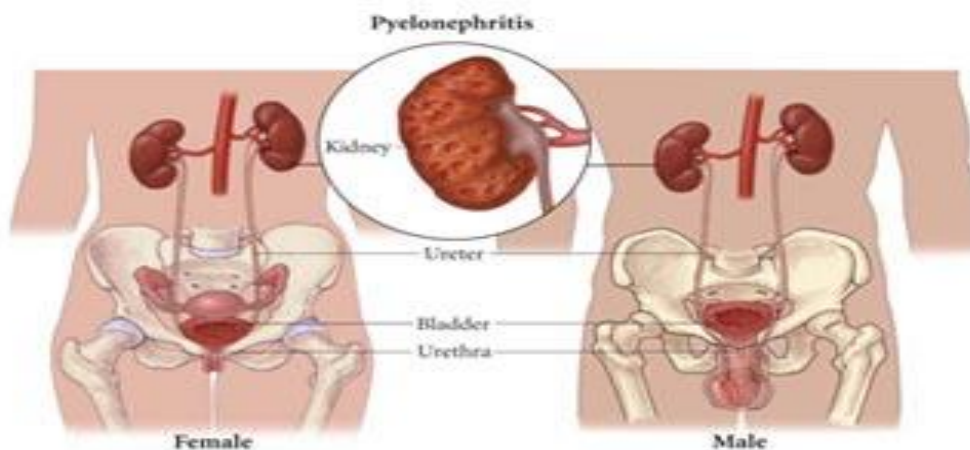


Figura 1.5. 2 Manifestimet klinike te pielonefritit

KOMPLIKIMET

Nëse trajtohet me kujdes dhe si duhet, infeksioni urinar rrallëherë çon në komplikacione, po nëse lihet i patrajtuar, mund të bëhet serioz. Infeksionet urinare të patrajuara mund të çojnë në infeksion të veshkës (pielonefrit) akut apo kronik, i cili dëmton në mënyrë të vazhdueshme veshkën.

Fëmijët dhe të rinjtë kanë një risk më të lartë për dëmtim renal pas infeksioneve, pasi simptomat neglizhohen apo ngatërrohen me kushte të tjera. Gratë shtatzëna që kanë infeksione urinare, kanë një risk të rritur për të lindur fëmijë prematurë apo me peshë të vogël (hipotrofë). Gratë të cilat kanë zhvilluar tre apo me shumë infeksione urinare, ka të ngjarë të vazhdojnë të bëjnë përsëri.(108,109)

MJEKIMI

Mjekimi bëhet sipas shkakut dhe duhet bërë nga mjeku, sipas një urokulture (mbjellje të urinës) e të mos përdoren antibiotikë të ndryshëm të marrë pa rekomandimin e mjekut, i cili duhet të jetë i vetmi që të bëjë vlerësimin e rastit, të përcaktojë mjekimin dhe kohëzgjatjen e tij. Mjekimi pa kriter çon në kandidozë (myk) dhe dëmtim të mëlçisë, apo rezistencë mikrobale.(108,109)

VLERSIMI INFERMIEROR

1. Historia:

- Marrja e të dhënave gjenerale të pacientit si moshë gjinia për arsye se femrat dhe të moshuarit janë më të predispozuar për të zhvilluar infeksione urinare
- Histori të mëparshme të infeksioneve urinare, problem urologjike si gurë apo sëmundje shoqëruese të cilat predispozojnë pacientin për infeksione urinare të tilla si diabeti mellitus
- Histori të mëparshme të pacientit ose histori të tanishme për sëmundje seksualisht të transmetueshme.

2. Vlersimi fizik

3. Vlersimi psikosocial

4. Vendosja e diagnozave infermiere (109)

5. Ndërhyrja infermiere e cila përfshin:

- Menaxhimin e pacientit, ndermarrja e masave të duhura për të siguruar komfort të pacientit.
 - Administrimi i lëngjeve dhe medikamenteve
 - Dieta
 - Marrja e masave lehtësuese për dhimbjen
 - Pergatitja për daljen nga spitali të pacientit
 - Edukimi shëndetësor
 - Vlersimi i arritjeve
 - Infermieri vleron efikasitetin e ndërhyrjeve të kryera tek pacienti dhe pritshmeritë e tij lidhen me lehtësimin e diskomfortit të pacientit,
 - Eliminimin e shenjave klinike sa më shumë që të jetë e mundur,
 - Edukimi shëndetësor i pacientit në lidhje me dietën dhe kujdesin pas daljes nga spitali,
 - Identifikimi i strategjive që parandalojnë rishfaqjen e infeksionit urinar.
- (109)

URETRITI është një inflamacion i uretrës që shkakton simptomat e ngjashme me infeksionet e traktit urinar. (108)

Uretriti jo gonokoksik

Uretriti jo gonokoksik është infeksion i uretrës nga disa mikrobe, përveç gonokokut që shkakton gonorrhë. Është sëmundja më e shpeshtë që transmetohet me kontakt seksual dhe shqetëson më tepër meshkujt. Tek gratë prek më tepër organet gjenitale dhe rrallë ndodh të preket uretra. Shkaktarët e uretritit jo gonokoksik janë: chlamydia, mycoplasma dhe trichomonas vaginalis. (108)

Koha e inkubacionit gjatë së cilës edhe transmetohet është 1-3 javë. Zakonisht shfaqet me rrjedhje nga urretra dhe rrallë me ndjenjën e djegies, shpimit dhe çrregullime në urinim. Tek femrat shfaqet si infeksion i qafës së mitrës. Pa mjekim sëmundja mund të çojë në komplikacione të mëtejshme të organeve gjenitale. Sot konsiderohen shumë të rralla komplikacionet.

Në këtë grup futen uretritët nga ureoplasma ureolitucum, mycoplasma hominis, mycoplasma genitalium. Roli i tyre si shaktarë të uretritit jo gonokoksik akoma nuk është sqaruar përfundimisht sepse këto mikrobe gjenden edhe si saprofitë tek njeriu. Koha e inkubacionit është 20-30 ditë. Në 1/3 e rastem nuk kemi fare shenja nga

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

sëmundja. Rrjedhjet janë të pakta dhe ujore dhe kanë pak shqetësime gjatë urinimit. Tek femrat rrallë kemi shenja nga uretra.(109)

Trichomonas vaginalis zakonisht tek meshkujt shkakton uretrit pothuajse pa simptoma dhe rrallë shoqërohet me rrjedhje, erë të rëndë dhe kruarje. Tek femrat jep vaginit. Megjithëse mendohet se nuk është infeksion shqetësues rrallë mund të japë edhe komplikacione të mëtejshme.

Diagnoza bëhet në laborator nga ekzaminimi i rrjedhjeve nga uretra ku përcaktohet shkaktri i uretritit.(108)

Mjekimi bëhet me antibiotikë të grupit të erithromicinës, tetracyclinës, metronidazolit. Është e domosdoshme që të mjekohet edhe partneri. (108)



Figura 1.5. 3 Fiziologjia e Uretritit

VLERSIMI INFERMIEROR

- Histori të sëmundjeve seksualisht të transmetueshme
- Urinim të dhimbshëm dhe të vështirë
- Sekrecione nga penisi ose vagina
- Discomfort internal në pjesën e poshtme abdominal (109)

PIELONEFRITI është inflamacion i parenkimes së veshkës kalikseve renale dhe pielonit. (108)

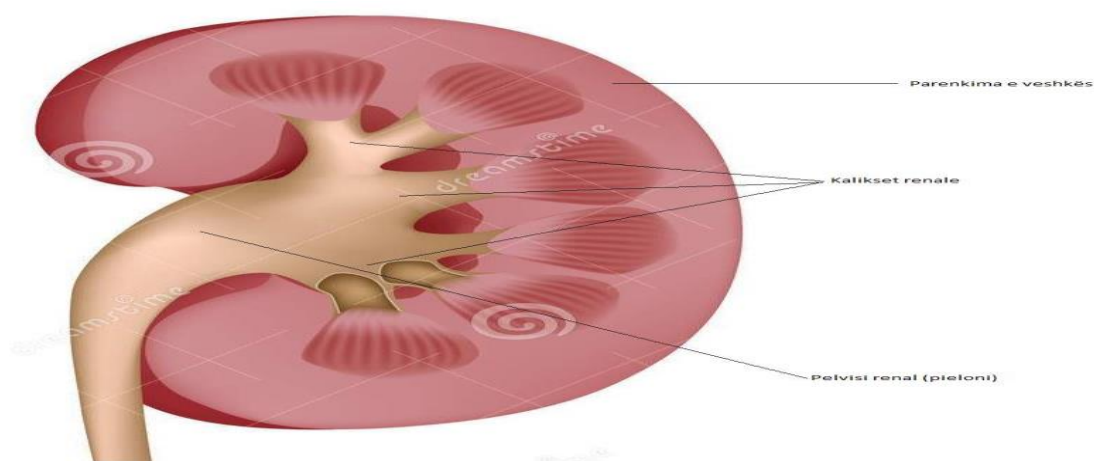


Figura 1.5. 4 Ndryshimet ne veshke gjate pielonfritit akut

ETIOLOGJIA

Shkaktarët më të shpeshtë të pielonefritit janë:

- E. Coli
- Proteus
- Pseudomonas aeruginosa
- Klebsiella
- Enterobakter
- Streptokoku, stafilokoku, bacilli I tuberkulozit

Rruget e infektimit:

Pielonefriti me shpesh shkaktohet si pasojë e:

- Kalimit të bakteve nga pjesët e poshtme të traktit urinar
- Si pasojë e mjekimit jot të duhur të infeksioneve të ketyre organeve
- Përdorimi hematogjene (108,109)

FAKTORËT E RRIKSUT

- Pengesat në rrjedhjen e urines (gurët, tumorët, ngushtimi i uretres)
- Dobësimi i imunitetit (të semurët me AIDS, diabetikët, të sëmurët me kancer)
- Përdorimi i zgjatur i kateterit urinar (108)

MANIFESTIMET KLINIKE

- Temperaturë
- Ethe
- Dhimbje barku
- Urinim të shpeshtë
- Urgjence për urinim
- Djegie gjatë urinimit
- Gjak ose pus gjatë urinimit
- Aromë e pakëndshme e urines (109)

DIAGNOZA

- Analiza e urinës
- Hemograma
- Hemokultura
- Proteinat e fazës acute të inflamacionit
- Ekzaminimet imazherike
- Shintigrafia e veshkave
- Biopsia e veshkave (108)

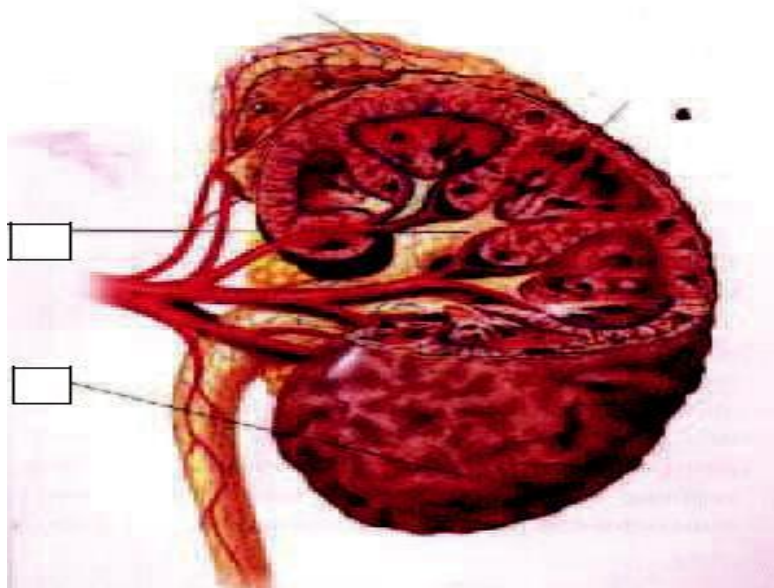


Figura 1.5.5 Manifestimet klinike të pielonefritit akut

MJEKIMI

- Terapi mbështetëse (dhënie lëngjesh orale dhe parenterale, analgjeziko terapia)
- Antibiotikët
- Nderhyrja kirurgjikale (drenimi i abcesit renal ose perirenal si dhe të pielonefritit të shkaktuara nga gurët në veshka largimi i gurëve) (108)

KOMPLIKACIONE:

- Nekrozë papilare acute
- Abces renal
- Abces perinefrik
- Sepsis

PROGNOZA

Nëse pielonefriti kapet në fazat fillestare shërohet plotësisht. Por nëse kapet në fazat e vona ose nuk mjekohet sic duhet mund të shkaktojë komplikacione dhe mund të dëmtojë parenkimin e veshkave dhe të shkaktojë insuficiencë renale. (108)

VLERSIMI INFERMIEROR

- Histori të mëparshme me pielonefrit
- Infeksione të traktit urinar
- Probleme të tilla si diabet mellitus gure apo anomali strukturore të traktit urinat
- Vlersimi psikosocial që përfshin evidentimin e simptomave të ankthit të pacienti dhe familjaret dhe ndërhyrja infermierore për të minimizuar ose zhdruar komplet ankthin dhe për të siguruar një komfort të pacentit
- Vendosja e diagnozave infermierore dhe planifikimi i ndërhyrjes infermierore (109)

NDERHYRJA INFERMIERORE

- Trajtimi jokirurgjikal që përfshin administrimin e medikamenteve, dietën dhe likidet, edukimin shëndetesor të pacientit pas daljes nga spitali
- Trajtimi kirurgjikal ku ndërhyrja infermierore mund të jetë e nevojshme për të korrigjuar anomalite strukturore që mund të shkaktojnë refluksin urinar si dhe të menjanojë burimet e mundshme të infeksionit.

Vlersimi I arritjeve

- Pacienti demonstron metoda për sigurimin e komfortit
- Pacienti mban një dietë adekuate dhe ruan ekuilibrin hidroelektrolitik duke administruar lëngje (109)

GLOMERULONEFRITI AKUT është një sindrome klinike që manifestohet me hematuri proteinuri dhe hipertension.(31)

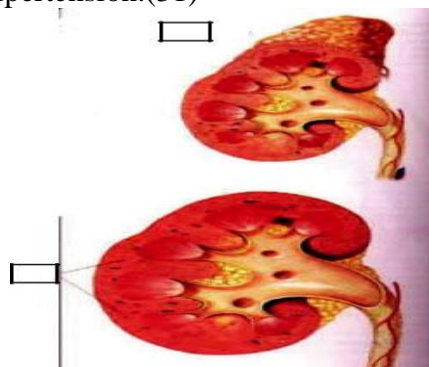


Figura 1.5.6 Pamje të 1. Veshka normale 2. Veshka e zmadhuar me glomerulonefrit akut

ETIOLOGJIA PRIMARE

- Streptokoku I grupit A betahemolitike
- Stafilokoku
- Sifilizi
- Abcesi visceral
- Endokarditi bacterial
- Hepatiti B
- Cdo parazit, kerpudhë ose infeksion viral
- Parotiti epidemic (31)

ETIOLOGJIA SEKONDARE

- Lupusi sistemik eritematoz
- Sklerodermia sistemike progresive
- Purpura trombocitopenike
- Sindromi hemolitik-uremik
- Poliartriti nodular (31,108)

MANIFESTIMET KLINIKE

Simptomat kryesore, të cilat janë gjetur në format e ndryshme të sëmundjes, janë të përfaqësuara nga diureza e pakët ose mungesa totale e saj (oliguria, anuria), grumbullimi i lëngjeve në inde (fillimisht qepallat në mëngjes dhe të këmbëve në mbrëmje, në faza të përparuara edemat janë difuze), prania e gjakut dhe proteinave në urinë, dhimbje koke, konfuzion, të qenët i përgjumur, presionin e lartë të gjakut dhe dekompensimi i zemrës në format më të rënda. Këtyre simptomave mund ti shtohen edhe ato të sëmundje të veçanta bazë nga të cilat vuan I sëmuri. (31,108)

Simptoma të tjera me të cilat shfaqet glomerulonefriti

Fryrje barku, dhimbje barku, lëng në bark (ascit), vështirësi në frymëmarrje kur pacienti është shtrirë, anuri, të dridhura, dhimbje koke, çehre të zbehtë, komë, konfuzion, humbje të vetëdijes, ulja apo zhdukja e prodhimit urinës, hematuria, migrenë, ethe, rritje e tensionit të gjakut, ngadalësim, hemorragji, të qenët i përgjumur, hutimi, temperaturë e lartë, qelb në urinë, gjak në urinë. (108)

MJEKIMI

Diagnoza vendoset nga ekzaminimi i urinës, e cila nxjerr në pah praninë e proteinave (proteinuria) dhe qelizave të kuqe të gjakut (hematuria). Terapia përfshin përdorimin e kortikosteroideve (madje edhe në doza të larta nëse kuadri klinik është i rëndë), të cilave mund ti shtohen antibiotikët, agjentët citotoksike dhe diuretikët (shkarkuesit), në varësi të llojit të glomerulonefritit. Janë të dobishme në terapi: regjimi i shtratit, reduktimi i marrjes së sasisë së kripës dhe administrimi i ilaçeve për të kontrolluar tensionin e lartë. Gjithashtu mund të kërkohet: trajtimi me antikoagulantë dhe ndërrimi i plazmës (plasmafereza). Në raste të rënda: hemodializë dhe transplantim të veshkës. (108)

Vlersimi infermieror:

- Histori ne lidhje me infeksionet e fundit te lekures ose te traktit te siperm respirator
- Ekspozimi ndaj viruseve baktreve kerpuhave apo paraziteve
- Informacion ne lidhje me prezencen e meparshme ose te tanishme te infeksioneve sistemike te tilla si lupusi eritematoz sistemik
- Vlersimi psikosocial qe perfshin reagimet emocionale te pacientit si frike ankth ne lidhje me ndryshimet renale si dhe mbeshtetja nga ana e infermierit e pacientit dhe efamiljareve te tij.
- Vendosja e diagnozave infermierore
- Vendosja e diagnozave te pritshme (109)

Nderhyrjet infermierore:

- Permisimi I ushqyerjes qe konsiston ne krijimin e strategjive te caktuar per te siguruar nje ushqyerje sa me adekuate te pacientit

- Sigurimi I nje dieted he nje ekuilibri hidroelektrolitik Shmangia e rrezikut per intolerance aktivitetesh
- Edukimi shendetesor I paceintit pas daljes nga spitali
- Vlersimi I arritjeve (109)

UROLITIAZA

Sipas të dhënave statistikore, rreth 20% të gjitha sëmundjeve urologjike i referohen formimit të gurëve në veshka (kalkulave), ashtuquajtur urolitiazë. Urolitiazë është një proces patologjik – gjendje e karakterizuar nga formimi i gurëve në organet e traktit urinar. Faktorët klimatikë, trashëgues, anatomikë, endokrinale, inflamacionet janë predispozicione për formimin e kalkulave në organet e traktit urinar. Më së shpeshti gurët gjenden në veshka, por mund të lëvizin dhe të mbërthehen në ureterë, fshikëz urinare ose në uretër. (108) Gurët e mëdhenj në veshka shpesh shkaktojnë ngërçe të forta në bark. Ekzistojnë dhe gurët në fshikëz urinare, të cilët më së shpeshti ndodhin si pasoja e urinës së mbetur, të cilët gjejmë te pacientët me prostatë të zmadhuar. Simptomat tipike për gurët në fshikëz urinare janë dhimbje gjatë ecjes, gjak në urinë, urinim i ndërprerë ose djegie gjatë urinimit. Rëra në fshikëz urinare shkakton ndjesi të pakëndshme dhe nevojë për të urinuar. Këto dhimbje janë të shoqëruara shpesh me nauze dhe vjellje, djersitje dhe temperaturë të lartë. (108,109)

Urolitiazë është më e manifestuar midis dekadave të tretë dhe të gjashtë të jetës. Rëra dhe gurët në organet e traktit urinar, të krijuar në këtë sëmundje zakonisht lënë trupin spontanisht gjatë urinimit. (109) Nëse madhësia e tyre rritet dhe formon një formacion relativisht të madh (nga disa milimetra në diametër), shfaqen pengimi i ureterëve dhe bllokimi në nxjerrjen e urinës nga veshkat dhe kjo mund të shkaktojë dhimbje të forta të njëanshme (kolika) në pjesën e sipërme të barkut, të organeve gjenitale dhe në ijë dhe simptoma të tjera siç është inflamacion i fortë ose i lehtë. Gurët në veshka mund të dallohen në madhësi, formë, ngjyrë, qëndrueshmëri dhe natyrë kimike (inorganikë dhe organikë).(108) Kursi i sëmundjes mund të jetë i komplikuar, jo vetëm për shkak të simptomave të shkaktuara nga guri (dhimbje, infeksion, uropati obstructive), por edhe për shkak të komplikimeve që mund të ndodhin në fazat e mëvonshme të sëmundjes (përsëritje, hipertension arterial dhe dobësia e veshkave).

Në bazë të analizës së urinës dhe ekzaminimit me ultratinguj, urologu do ta bëjë diagnozën dhe do ta përcaktojë terapinë e përshtatshme. Në të gjitha rastet, që lidhen me praninë e këtyre problemeve, mjekët rekomandojnë edhe fitoterapinë si pjesë e farmakoterapisë moderne: marrje e sasisë së madhe të lëngjeve në formën e çajit urologjik me veprim uroantiseptik, antiinflamatorik, spazmolitik dhe diuretik që ndihmon në reduktimin e të gjitha problemeve që ekzistojnë. (108)

Pas përfundimit të trajtimit të acarimit akut, pacientët me urolitiazë trajtohen ambulator. Rekomandimi i mjekëve është se personat e tillë dy herë në vit bëjnë analizën e urinës dhe një herë në vit ekzaminim me ultratinguj. Për shkak të faktit se në 50-60% të pacientëve krijohet guri përsëri, masat parandaluese janë shumë të rëndësishme: shumë lëngje në formën e çajit shërues dhe aktivitetet adekuate fizike.

EPIDEMIOLOGJIA

Në shumicën e shteteve të Europës Perëndimore dhe të SHBA-ve, gurët e traktit urinar hasen në 2-3% të popullatës. Rreth 90% e gurëve urinar gjenden në pjesën e sipërme të traktit urinar dhe 10% në traktit e poshtëm urinar. Rreziku nga formimi i gurëve ndryshon në pjesë të ndryshme të botës. Probabiliteti i rrezikut llogaritet se është prej

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

1-5% në Azi ,5-9% në Europë,13% në Amerikën Veriore dhe 20% në Arabinë Saudite .Incidenca e nefrolitiazës në Kosovë sipas prof Bytyqit është 5,9% në 100.000 banorë .Gurët e traktit të sipërm urinar hasën më shumë te popullsia në shtetet e zhvilluara ndërsa gurët e traktit të poshtëm urinar predominojnë në shtetet në zhvillim dhe kjo është në korelacion me rrethanat socio-ekonomike Prevalenca e urolitiazës është e përcaktuar nga faktorët e brendshëm (intrinsic) individual dhe nga faktorët e jashtëm (extrinsic).Kombinimi i tyre shpesh i kontribon rritjes së rrezikut për formimin e gurve.(3,4)

Faktorët e brendshëm: Moshë.Piku i incidencës së urolitiazës hasët më shumë në moshën 20-50 vjeçare.

Gjinia.Meshkujt vuajnë 3 herë më shumë se sa femrat. Testosteroni mund të shkakton rritjen e prodhimit të oksalateve në mëlqi dhe krijon predispozitë për gur me përbërje nga kalcium oksalatet. Femrat kanë koncentrim më të madh urinar të citrateve të cilat inhibojnë formimin e gurve me përbërje nga kalcium oksalatet.

Gjenetike.Gurët në veshkë hasën shpesh te amerikanët e natyralizuar, afrikanët e zinj dhe zezakët amerikan. Incidencë e lartë hasët te kaukazët dhe aziatikët. 25% e pacientëve raportojne mbi historinë pozitive familjare ku dallohet acidoza tubulare renale që ndihmon formimin e gurve me përbërje nga kalcium-fosfati dhe cystinuria që kontribon formimin e gurve cistinik (11).

Faktorët e jashtëm: Lokalizimi gjeografik, klima dhe sezona. Lidhshmëria në mes këtyre faktorëve rritë rrezikun për formimin e gurve dhe është veprim kompleks.

Derisa paraqitja e gurve renal është më e shpeshtë në vendet me klimë të nxehtë, popullsia endogjene ka incidencë më të ulët (afrikanët e zinj, aborigjenët etj) në krahasim me ardhacakët. Kjo ka lidhshmëri me mënyrën e jetës perëndimore, marrje e sasive të mëdha të ushqimeve, konsumimi joadekuat i ujit dhe predispozitën gjenetike për formim të gurve.

Gurët ureteral kanë prevalencë më të lartë gjatë verës. Incidenca më e lartë hasët në kohën e pikut veror që shkakton djersitje të mëdha dhe koncentrim të lartë të urinës e cila stimulon kristalizimin. Konsumimi i ulët i ujit (nën 1200 ml/ditë) i paraprinë paraqitjes së urolitiazës

Dieta.Konsumimi i lartë i proteineve animale e rritë rrezikun për urolitiazë (niveli i lartë i oksalateve në urinë, niveli i ulët ph dhe i citrateve në urinë).

Kripërat e konsumuara në sasi të mëdha shkaktojnë hiperkaciurin. Mirëpo dietat me sasi të ulët të kalciumit predispozojnë formimin e urolitiazës ndërsa marrja e kalciumit në sasi të mëdha është mbrojtëse (protective)

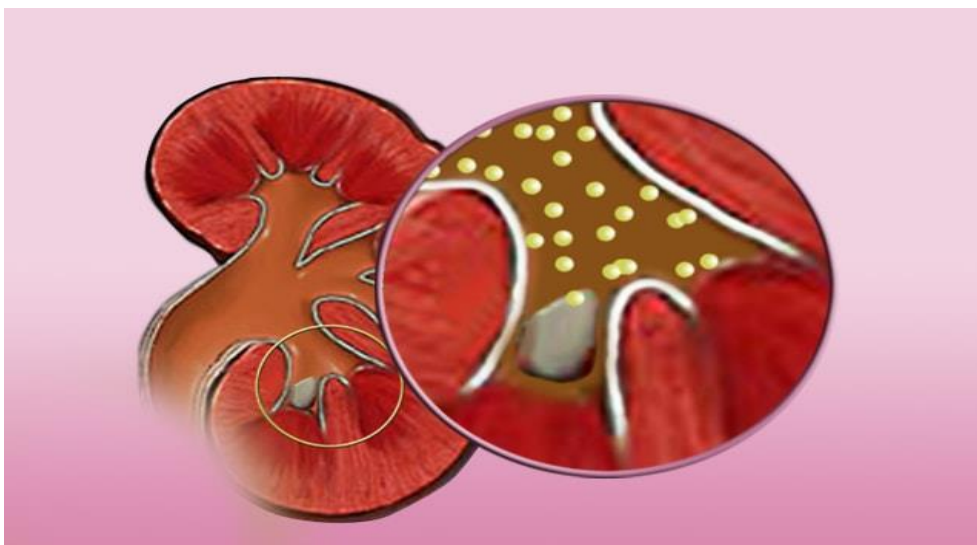


Figura 1.5.7 Pamje e traktit urinar gjate urolitiazes

NEFROLITIAZA nenkupton prezencen e gureve (kalkulave) ne veshke.(108)

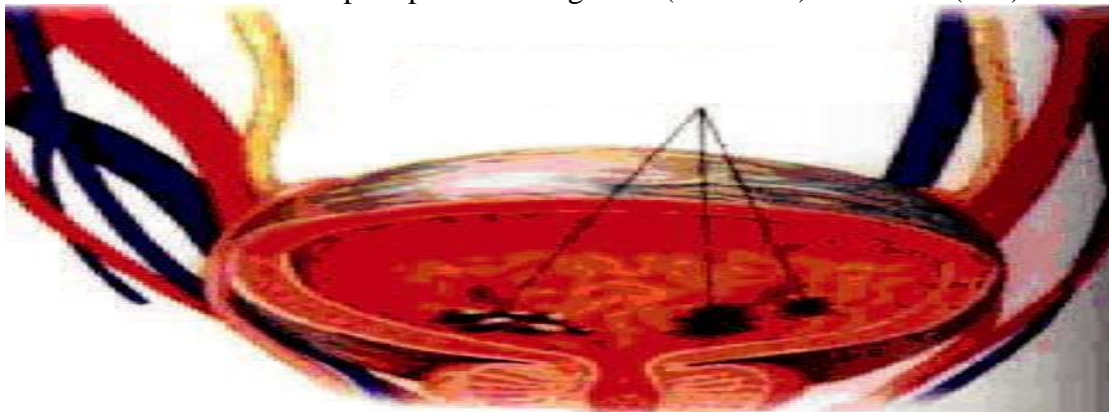


Figura 1.5.8 Pamje e traktit urinar gjate nefrolitiazes.

ETIOLOGJIA

- Faktorët localë si ndërprerja e urinimit, infeksione të shpeshta anomali të rrugëve urinare
- Faktorë të pergjithshëm si faktorët metabolike dhe hormonalë
- Predispozicioni gjenetik I te sëmurit (108,109)

MAIFESTIMET KLINIKE

- Kolika veshkore që manifestohet me dhimbje të forta në pjesen lumbare të shpines dhe që shoqërohet me rritje të intensitetit të dhimbjes pas 30 minutash
- Urinim të shpeshtë
- Temperaturë
- Hematuri

DIAGNOZA

- Anamaneza
- Të dhënat klinike
- Ultrasonografia e veshkave
- Pielografia retrograde e veshkës (108)

MJEKIMI

- Mjekimi I kolikës me spazmolitikë dhe medikamenteve kundra dhimbjes
- Balancimi I dietës dhe ekuilibrit hidroelektrolitik
- Trajtimi kirurgjikal



Figura 1.5.9 Pamja e gurëve në veshka

GLOMERULONEFRITI KRONIK referohet si nje degjenerim renal ose insuficience renale qe zhvillohet për një periudhë kohe prej disa vitesh. Në shumicën e rasteve shkaktari është I panjohur për shkak se veshkat janë atrofike dhe indet nuk janë të pershtatshme per biopsi.

Ndryshimet në parenkimen renale rezultojne nga:

- Efektet e hipertensionit
- Ripersëritja e infeksioneve parenkimale ose inflamacioneve
- Ndryshimet në metabolizëm dhe hemodinamike(31)

MANIFESTIMET KLINIKE

- Proteinuria
- Hematuria
- Hipertensioni
- Edemat

VLSRIMI INFERMIEROR

- Historia e problemeve të mëparshme duke përfshirë sëmundjet sistemike, sëmundjet renale dhe urologjike.
- Informim në lidhje me nivelin e komfortit të përgjithshëm
- Informim në lidhje me aftesinë e pacientit për të kryer aktivitetet e përditshme
- Inspektimi I lekurës së pacientit për zverdhje ekimoza rashe kutane
- Vlersimi I sistemit kardiovaskular dhe periferik nëpërmjet matjes së presionit të gjakut,askultimit të zemrës për ritme të ulta,rrahje dhe prezence të tingullit S3.
- Inspektim I pulmoneve për prezence të rasheve dhe observimi I frymëmarrjes për thellësinë dhe ritmin
- Inspektimi I venave jugulare për të identifikuar distensionin venoz dhe praninë e edemave në ekstremitetet e poshtme(109)

NDERHYRJA INFERMIERORE

- Vendosja e diagnozave infermierore
- Kontrolli I vazhdueshëm I hipertensionit
- Modifikimet e dietës që konsistojne në marrjen e proteinave dhe të fosforit
- Shmangien e agjentëve nefrotoksik
- Terapia medikamentoze
- Kujdesi pas dializës ose transplantit (109)

INSUFICIENCA RENALE AKUTE është një perkeqesim I I shpejtë I funksioneve renale shoqëruar me akumulim të produkteve të nitrogenit në trup.

(114)

Tabela 1.5. 1 Karakteristika te përgjithshme të insuficiences renale akute

Karakteristikat	IRA
Fillimi	Papritur
% e perfshirjes së nefroneve	50 %
Kohëzgjatja	2-4 javë,më pak se 3 muaj
Prognoza	E mire,rikthehen funksionet renale, vdekshmeri në disa raste.

Fiziopatologjia

IRA ka një etiologji multifactorial që mund komplikojë një gamë të larmishme të veshkave dhe extrarenal mund të jetë rezultat i tre kushteve :

- Perkeqesimi i perfuzionit te veshkave.
- Parenchyma e veshkes se demtuar.
- Mekanizmat pengues traktit urinar (108,109)

FAKTORE RRISKU

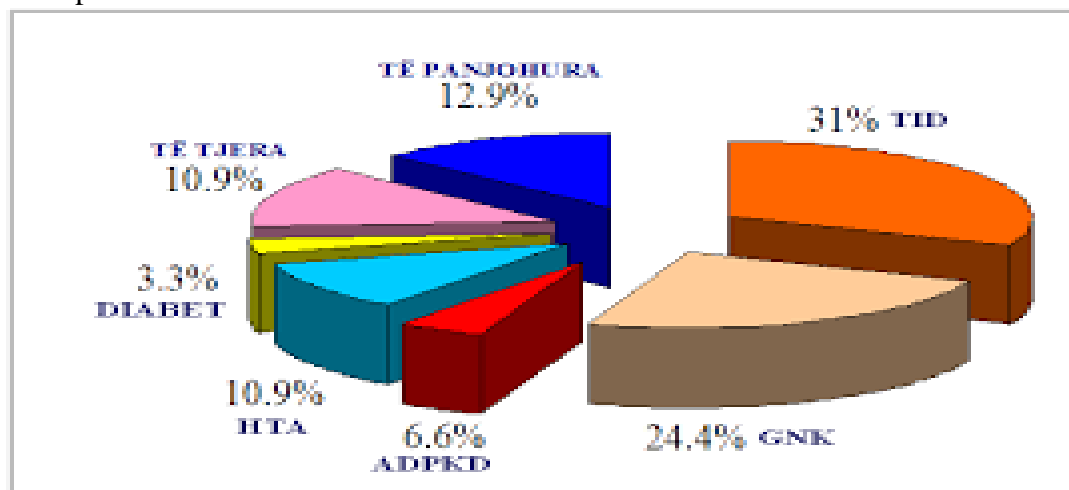
- moshë,
- hipertension
- sëmundjet aterosklerotike
- trauma
- diuretiket
- sëmundje para-ekzistuese renale. (108)

KOMPLIKACIONE

- Infeksioni. Kjo është një nga komplikimet më të zakonshme për shkak se sistemi imun i pacientit nuk punon si duhet
- Sindromi uremik (uremia). Mund të shkaktojë marramendje të fuqishme, konfuzion, konfiskimet, rrahje zemre të parregullt, dhe akumulimin e lëngjeve në mushkëri (edemë pulmonare)
- Rritja kalium në gjak (hyperkalemia) . Kjo mund të çojë në probleme serioze të zemrës.

KLASIFIKIMI

- IRA prerenal
- IRA ose renale brendshëm
- IRA postrenal ose obstruktive
- IRA prerenal



Grafiku 1.5.1 Shkaqe te pergjithshme te insuficiences renale acute

MANIFESTIMET KLINIKE

Shenjat dhe manifestimet klinike që vihen re ne insuficiences renale varen nga lloji I saj.

Shenjat dhe simptomat e azotemise prerenale jane:

- Hypotension
- Takikardi
- Ulja e sasisë së urinimit, punës së zemrës dhe zvoglimi I presionit qëndror venoz
- Letargjia

Insuficienca intrarenale acute zakonisht përfshin dëmtime të glomerulit, intersticiumit ose tubular. Manifestimet klasike janë:

- Oliguri ose anuri
- Edema
- Rritje të presionit të gjakut
- Takikardi
- Frymëmarrje të shkutër
- Distension të venave jugulare
- Shtim në peshë
- Rale ose krale
- Anoreksi
- Të vjella
- Letargji ose ndryshim të nivelit të kosiences

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Manifestimet klinike ne insuficiencën postrenale:

- Oliguri ose anuri
- Uremi
- Letargji (108)

VLERSIMI I PACIENTIT

- Testi i urinës për diagnozën diferenciale mes IRA prerenal, renal, postrenal.
- Analizat e gjakut.
- Provat Imazherike.
- Biopsia e veshkave në përgjithësi nuk është e nevojshme
- Azotemia
- Prania e proteinurise (109)

TRAJTIMI

Semundjet e veshkave kane vecorite e tyre per secilen diagnoze. Pergjithesisht si per cdo semundje tjeter, nje diagnostikim shpejte dhe fillim i shpejte i mjekimit do te thote sherim me i shpejte dhe me kosto me te ulet. Tek mjekimet e infeksioneve perdoren atibiotiket dhe bimet mjekesore qe ndikojne ne kete proces. Tek insuficiencat renale dhe glomerulonefritet, mjekimet jane shume komplekse dhe perfshijne nje nr te madh medikamentesh te shoqeruara me nje kontroll intensiv nga ana e mjekut specialist.

Objektivat e trajtimit janë:

- Parandalimin dhe eliminimin e shkaqeve te IRA
- Përmirësimi i funksionit renal
- Ribalancim acido - bazik dhe electrolitik
- Parandalimin e komplikacioneve
- Bilancimi i lëngut duhet të vlerësohet çdo 8 orë dhe pesha trupore.
 - Administrimi i diuretikeve
 - Administrimi i diuretics
 - Korrigjimi i acidozes metabolike
 - Trajtimi i hipertensionit të rënda
 - Hyperkalemia
 - Ushqimi i Pacientit
 - Ul rrezikun e infeksionit (108)

MENAXHIMI INFERMIEROR

Njohja me pacientin dhe gjendjen e tij

Historia aktuale mjekësore ankesat e dhimbjeve , nauze , vome ,hipertermi , leukocite te rritur.

Historia e kaluar mjekësore rreth problemeve shoqerues

Shenjat Vitale (Frekuenca kardiake, Frekuenca respiratore, Tensioni arterial, Statusi neurologjik, Temperatura

Sistemi kardiovaskular: Për të përcaktuar shenjat vitale, prania ose mungesa e distensionit abdominal dhe te qafës, zbehje, edemë, dhe tingujt jonormale të zemrës.

Sistemi hematologjike: Për të vleresuar nëse ekziston një rritje te leukociteve; është

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

një shenjë e infeksionit.

Sistemi urogjenital: Nëse është ose jo nën tension vezika urinare dhe ankesat për dhimbje.

Sistemi musculoskeletal: Për të vlerësuar nëse ka vështirësi në lëvizje, dhimbje të kockave, nyjeve dhe a ekziston një thyerje ose jo.(109)

Qellimi dhe planifikimi i menaxhimit infermieror

Qellimi i kujdesit infermieror ka të bëjë përgatitjen fizike të femijes; hidratimin e femijes; qetesimin e dhimbjes; trajtimin psikologjik të tij.

INSUFICIENCA RENALE KRONIKE nënkupton një dëmtimin kronik dhe progresiv të veshkave. Ky dëmtim zhvillohet në mënyrë të ngadaltë dhe të fshehtë, çka sjell që shpesh të sëmurët diagnostikohen në një stad të përparuar të sëmundjes. Në një numër të konsiderueshëm të rasteve nuk është e mundur të përcaktohet se kush është shkaku i kësaj sëmundje. Një person mund të ketë dëmtim të veshkave shumë vite përpara se të jetë i nevojshëm fillimi i trajtimit me dializë apo transplant. Sëmundje të tjera shoqëruese si diabeti, presioni i lartë i gjakut apo infeksionet e përsëritura të rrugëve urinare mund të jenë shkaku i sëmundjes renale.

Një veçori e rëndësishme e kësaj sëmundje është dëmtimi progresiv i veshkave edhe kur është e mundur të përcaktohet shkaku dhe të trajtohet sëmundja baze. Në shumë të sëmurë, edhe pse veshkat janë të dëmtuara, ato mund të vazhdojnë të prodhojnë urinë, por efikasiteti i tyre në eliminimin e toksinave nga gjaku, si p.sh. të uresë, është i dëmtuar. Për këtë arsye, këto substanca, do të vazhdojnë të qarkullojnë dhe të grumbullohen në organizëm. Prandaj ju nuk mund të vlerësoni funksionin e veshkës vetëm nëpërmjet sasisë së urinës së prodhuar. Disa të sëmurë edhe në stadi shumë të përparuar të sëmundjes apo edhe në dializë mund të vazhdojnë të prodhojnë një sasi urinë. Në rastet kur dëmtimi i funksionit të veshkës avancohet shumë bëhet i nevojshëm fillimi i terapisë renale zëvendësuese me dializë apo transplant.(108,109)

Tabela 1.5.2 Karakteristika të përgjithshme të insuficiencës renale kronike

Karakteristikat	IRK
Fillimi	Gradualisht
% e perfshirjes se nefroneve	90-95 %
Kohezgjatja	Permanente
Prognoza	Fatale pa nje terapi zevendesuese renaqle si dialize ose transplant.

FAKTORET E RRISKUT:

- .Personat mbi 50 vjec
- Personat qe vuajne nga diabeti
- Pacientet me hypertension
- Personat me histori familjare te semundjeve te veshkave
- Personat me semundje kardiovaskulare
- Personat mbipeshe apo te dhjamosur
- Duhanpiresit(108,109)

ETIOLOGJIA

Morfologjike

- Sëmundjet glomerulare
- Sëmundjet e traktit urinar
- Sëm ndjet tubular
- Anomalitë kongenitale
- Sëmundjet vaskulare të veshkave

Etiologjike

- Infeksionet
- Sëmundjet renale metabolike
- Sëmundjet sistemike vaskulare
- Sëmundjet e indeve konjiktive(108,)

MANIFESTIMET KLINIKE

Shënjat klinike:

- Nikturi
- Humbje peshe
- Nauze
- Lohje
- Ulje ose pakësim të sasisë së urinës
- Krampe muskulare
- Kimoza dhe purpura
- Hemorragji
- Konvulsione deri në gjëndje komatoze
- Ulja e ndjeshmërisë në këmbë dhe duar

Manifestimet kardiovaskulare:

- HTAuremik
- Aritmi
- Fibrilacion ventrikular
- Perikardit
- Siz

Manifestimet hematologjike

- Anemi

Manifestimet neurologjike

- Encefalopatia uremike
- Neuropatia periferike

Manifestimet gastrointestinal

- Stomatit uremik
- Ileus
- Koliti
- Pankreatiti
- Parotiti
- Asciti

Manifestimet pulmonare

- Edema pulmonare
- Pleuriti
- Kalcifikimet pulmonare

Manifestimet imunologjike

- mixedema

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

- infertiliteti
- Manifestimet dermatologjike
- pruriti uremik

Diagnostikimi dhe ndjekja e të sëmurëve me SRK

Diagnostikimi dhe vlerësimi i funksionit të veshkës do të ndihmojë për ndjekjen dhe fillimin e mjekimit me qëllim ngadalësimin e dëmtimit të funksionit të saj. Examinimet e nevojshme janë:

- Matja e presionit arterial;
- Analiza e urinës;

Proteinat janë substanca që normalisht nuk eliminohen me urinë. Në rastet kur veshkat tuaja janë të dëmtuara atëherë proteinat apo albumina kalojnë në urinë. Prania persistente e albuminës në urinë mund të jetë një shenjë e hershme e dëmtimit të veshkave.

- Analizë gjaku për matjen e nivelit të kreatinemisë;
- Matja e filtracionit glomerular apo GFR që tregon nivelin e funksionit të veshkës;
- Ekografi e aparatit urinar;

Ky ekzaminim jep të dhëna mbi madhësinë dhe formën e veshkës, praninë ose jo të bllokimit të rrugëve urinare, të gurëve në veshkë apo tumoreve të aparatit urinar.

- Analizë e gjakut komplet;

Përcaktimi i stadi të SRK

Përcaktimi i stadi të SRK

Filtracioni glomerular apo GFR përdoret për të treguar se cili është niveli i dëmtimit të funksionit të veshkave. Sa më shumë avancohet sëmundja aq më shumë ulët GFR.(108)

Stadi	Dëmtimi	GFR (ml/min/1.73 m ²)
1	Dëmtim i veshkave me GFR normal ose	mbi 90
2	Dëmtim i veshkave me ulje të lehtë të GFR	60-89
3	Ulje e moderuar e GFR	30-59
4	Ulje e theksuar e GFR	15-29
5	Insuficiencë e veshkave	nen 15 (dializë apo transplant)

(40)

2. QËLLIMI DHE OBJEKTIVAT E STUDIMIT

2.1 Qellimi

Qëllimi I studimit është themelimi I praktikave të perbashkëta të përdorura nga infermieret në menaxhimin dhe trajtimin e patologjive renale si dhe rendësia që ka trajnimi I infermiereve në fushën e nefrologjise në raport me nevojat e tyre edukative në menyrë që të permisohet kujdesi ndaj pacientit.

2.2 Objektiv i përgjithshëm

Vlersimi I rolit të infermierit në menaxhimin dhe kujdesin, monitorimin dhe mbështetjen e pacientit vecanarisht në trajtimin e aderimit të tij.

OBJEKTIVA SPECIFIKË

- Identifikimi I komponentëve të procesit infermieror
- Aplikimi I veprimit dhe I standarteve në praktikën klinike
- Vlersimi I rrishtit dhe rrishtet potenciale të sëmundjeve të veshkës në individë familje dhe komunitet
- Inicimi dhe interpretimi I testeve diagnostikuese dhe procedurat e lidhura me statusin aktual të perdoruesve shëndetësor
- Vlersimi I efektit të bashkëveprimit ndërmjet individëve familjes komunitetit dhe sistemin social mbi shëndetin dhe sëmundjen.
- Përdorimi i procesit infermieror në ofrimin e kujdesit për pacientet me sëmundje të veshkës
- Vlersimi, vendosja e diagnozës, identifikimi I rezultateve planifikimi implementimi

3. MATERIALI DHE METODA

Studimi eshte studim deskriptiv (cross-seksional) i tipit transversal.

Vendi I kryerjes së studimit:

Studimi është kryer në:

- Shërbimin e Nefrologjisë, QSU, "Nënë Tereza" Tiranë
- Spitalin Rajonal Fier
- Spitalin Rajonal Durrës
- Shërbimi I Nefrologjisë në Spitalin Rajonal Elbasan
- Shërbimi I Nefrologjisë ne Spitalin Rajonal Shkodër
- Spitalin Rajonal Vlorë
- Spitalin Rajonal Korçë

Periudha kohore

Studimi eshte kryer gjatë periudhës kohore 2013-2015

3.1 Popullata në studim

Kriteret e përfshirjes në studim

Në studim janë përfshirë gjithsej 160 infermiere të licensuara adulte koshiente >18 vjec që ushtrojnë profesionin e infermierit pranë institucioneve të sipërpremenduar.

Kategorizimi I infermiereve të licensuara sipas:

- Gjinisë
- Moshës
- Nivelit të edukimit
- Trajnimet aktuale në nefrologji
- Kujdesi infermieror I vazhdueshëm

Madhësia e kampionit:

Madhësia e kampionit u llogarit në 160 infermiere në menyre që të arrihej një vlersim sa më adekuat I pacientit, përfshirje të strategjive ëe promovojnë shëndetin, parandalojnë sëmundjen dhe lehtësojnë shenjat klinike.

Përzgjedhja e infermiereve është kryer në menyre rastësore sistematike.

Madhësia e kampionit

- Shërbimin e Nefrologjisë, QSU, "Nënë Tereza" Tiranë, N=20
- Spitalin Rajonal Fier, N=32
- Spitalin Rajonal Durrës, N=22
- Shërbimi I Nefrologjisë në Spitalin Rajonal Elbasan, N=22
- Spitalin Rajonal Shkodër, N=20
- Spitalin Rajonal Vlorë, N=23
- Spitalin Rajonal Korçë, =21

3.2 Instrumenti dhe mënyra e mbledhjes së të dhënave

Nga cdo infermier u mblodhën të dhëna të tilla si informacione demografike duke përfshirë moshën gjininë, nivelin e edukimit si dhe eksperincën e punës në nefrologji. Për të siguruar fshehtësinë e të intervistuarve nuk u shenuan të dhënat gjenerale të tilla si emri apo mbiemri.

Mbledhja e të dhënave u realizua nëpërmjet një pyetsori të validuar dhe të standartizuar dhe që rekomandohet si instrument bazë për vlersimin e cilësisë në menaxhimin e pacientëve me sëmundje renale.

Të dhënat u koduan dhe u analizuan nëpërmjet përdorimit të programit SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 15.00. Para zhvillimit të analizës u kontrollua për mungesë të dhënash. U bë një analizë përshkruese e të dhënave duke llogaritur shpeshhtësinë e informacionit dhe përqindjet për cdo kategori.

Përvec te dhënave sociodemografike janë mbledhur dhe të dhëna mbi:

- Trajnimet dhe pjesëmarrjen e infermierëve në ëorkshope apo konferenca
- Nëse janë anëtare të ndonjë shoqate mjëksore
- Sa vite pervojë pune kishin në nefrologji
- A janë certifikuar si infermirë të nefrologjisë
- Nëse janë trajnuar apo certifikuar jashtë vëndit
- Sa kohë shpenzojnë me pacientin në kuader të trajtimit dhe të vlersimit apo implementimit të kujdesit infermieror.
- Cilat janë ndërhyrjet bazë që bejnë në trajtimin e pacientëve me sëmundje renale?
- Sa të rëndesishëm e vlersojnë edukimin shendetësor të pacientit si një factor bazë në mbarëvajtjen e procesit të sëmundjes?

Procesimi i të dhënave

Intervistimi I infermierëve u krye nga stafi ndihmës, duke dhënë udhezime të sakta për plotesimin dhe sqarimin e cdo paqartësie dhe pyetsorët u koduan me qëllim ruajtjen e anonimatit dhe konfidencialitetit

Konsiderata Etike

Për studimin tone është marrë aprovimi nga cdo shef I pavionit përkatës në vendet e sipërpermduar janë informuar apriori stafi infermieror dhe pjesëmarrja në studim ishte tërësisht vullnetare anonime dhe konfidenciale.

Cdo pjesëmarrësi në studim fillimisht iu sqarua qëllimi I studimit permbajtja menyra se si do të mblidheshin të dhënat si do të përdreshin dhe si do të ruheshin.

Procedurat që ndiqen dhe qëllimet e tyre

Pershkrimi i qartë i diskomfortit fizik dhe mendor

Ndërhyrjet në privatesi dhe kërcenimet në dinjitet

Metodat e perdorura për të mbrojtur anonimatit dhe konfidencialitetin e sigurtë.

Validimi regjistrimi dhe analiza e të dhënave

Hedhja e të dhënave u bë në fillim me krijimin e një database në Excel dhe pastaj analizimi dhe nxjerrja e perfundimeve të caktuar me anë të SPSS.

3.3 Lloji i variableve në studim

Variablet kategorike

- Gjinia
- Grupmosha

- Niveli I edukimit
- Vendbanimi
- Kohezgjatja si infermiere të nefrologjisë

3.4 Metodologjia e analizës statistikore.

Për variable numerike u raportuan madhësitë e prirjes qendrore (mesatarja aritmetike, mediana dhe moda) dhe madhësitë e dispersionit (variance, shmangia standarte). Për ndryshoret kategorikë u raportuan numrat dhe përqindjet përkatëse. E gjithë analiza statistikore e të dhënave u krye në SPSS. Vlera $p \leq 0.05$ u konsiderua statistikisht e rëndësishme. Janë përdorur tabela dhe grafikë për vizualizimin e të dhënave.

4. REZULTATET

4.1 Te dhenat sociodemografike

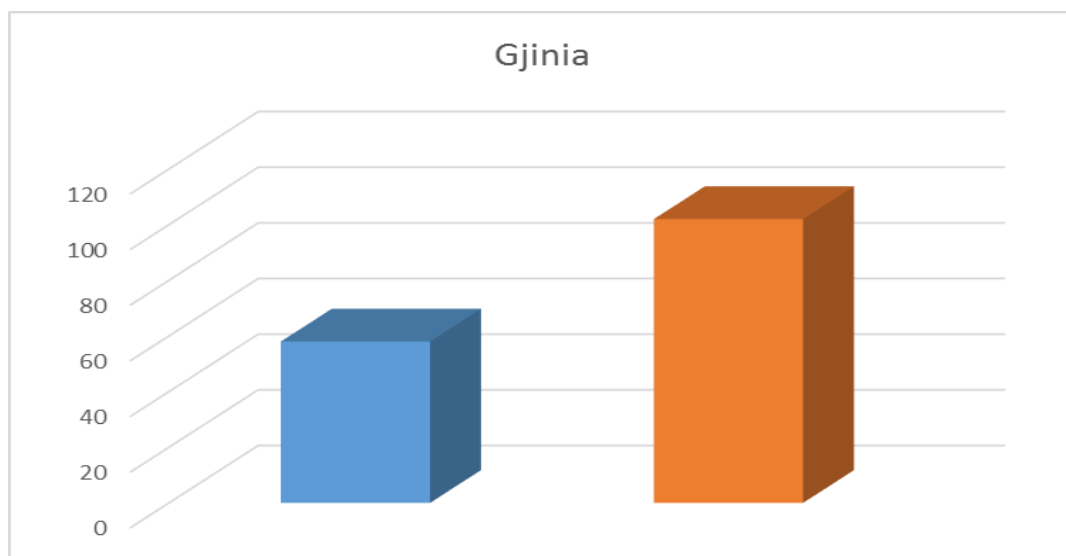
Tabela 4.1 Karakteristikat e individve të përfshirë në studim

Gjinia	Meshkuj	Femra	Totali
	58	102	160

Tabela 4. 2 .Karakteristikat sociodemografike të individëve në studim (N=160)

Variablat			
	Gjinia n, (%)		
	Femra	102 (63.75 %)	
	Meshkuj	58 (36.25%)	
	Mosha, M (SD)	41.5	(±12.63)
	Koha si infermiere e licensuar		
	≥3 vite	35(21.88%(
	4-7 vite	38(23.75%)	
	8-11 vite	22(13.75%)	
	12-15 vite	13(8.13 %)	
	16-19 vite	19(11.88 %)	
	≥20 vite	33(20.63 %)	
	Niveli edukimit ne, (%)		
	E mesme mjeksore	40(25%)	
	Bachelor	58(36.25 %)	
	Master	62(38.75 %)	

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne



Grafiku 4.1 Shperndarja sipas gjinisë së individëve

Nga 160 individët e perfshirë në studim 102 ishin femra (63.75 %) dhe 58 ishin meshkuj (36.25 %) me moshë mesatare $41.52(\pm 12.63)$ dhe rangë 21-60 vjec.

Vërehet mbizoterim I femrave me 102 individë në krahasim me meshkujt me 58 individë.

Tabela 4.3 Statistika e përmbledhur e gjinisë

GJINIA	
MASHKULL	FEMËR
58	102
TOTALI	
160	
PËRQINDJA	
36.25%	63.75%
DEVIJANCA	
31.11	
MOSHA MESATARE	
Mashkull	Femer
37.22	45.01

Mosha mesatare e meshkujve është $37.22(\pm 18.5)$ vjec ndërsa e femrave $45.01(\pm 14.09)$ vjec pa ndryshim statistikisht të perfillshem mes këtyre variableve, $t=1.524$, $p=0.01$

Gjinia	N	%	% cumulative
Femra	102	63.75	63.75
Meshkuj	58	36.24	100

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

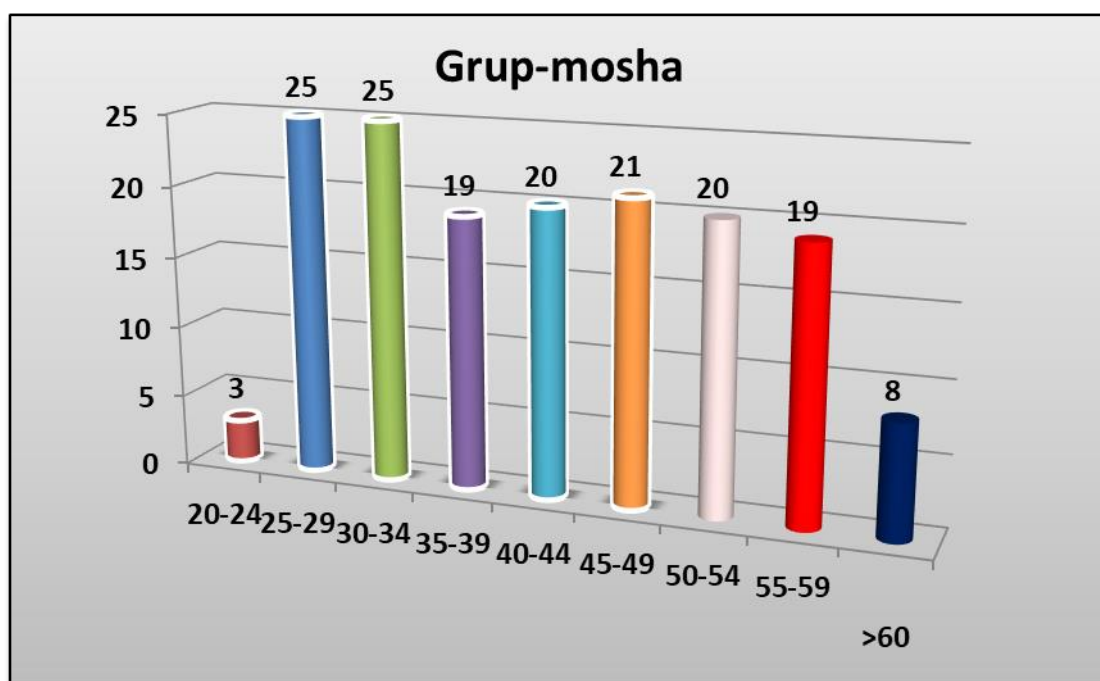
Tabela 4.4 Statistika e përmbledhur e moshës

Madhësia e kampionit	160
Vlera më e vogël	23
Vlera më e madhe	60
Vlera mesatare	41.52
95%CI për mesataren	39.58-41.52
Mediana	43
Varianca	159.19
Deviacioni Standard	12.63

Tabela 4.5 Shperndarja sipas grupmoshes e 160 individeve

Grupmosha	Nr	%
20-24	3	2%
25-29	25	16%
30-34	25	16%
35-39	19	12%
40-44	20	12%
45-49	21	13%
50-54	20	12%
55-59	19	12%
≥60	8	5%
Totali	160	100%

Grupmosha, Vite	N	%	Frekuenca kumulative	% Frekuenca kumulative
20-24	3	2	3	1.87
25-29	25	16	28	17.5
30-34	25	16	53	33.12
35-39	19	12	72	45
40-44	20	12	92	57.5
45-49	21	13	113	70.6
50-54	20	12	133	83.1
55-59	19	12	152	95
≥60	8	5	160	100

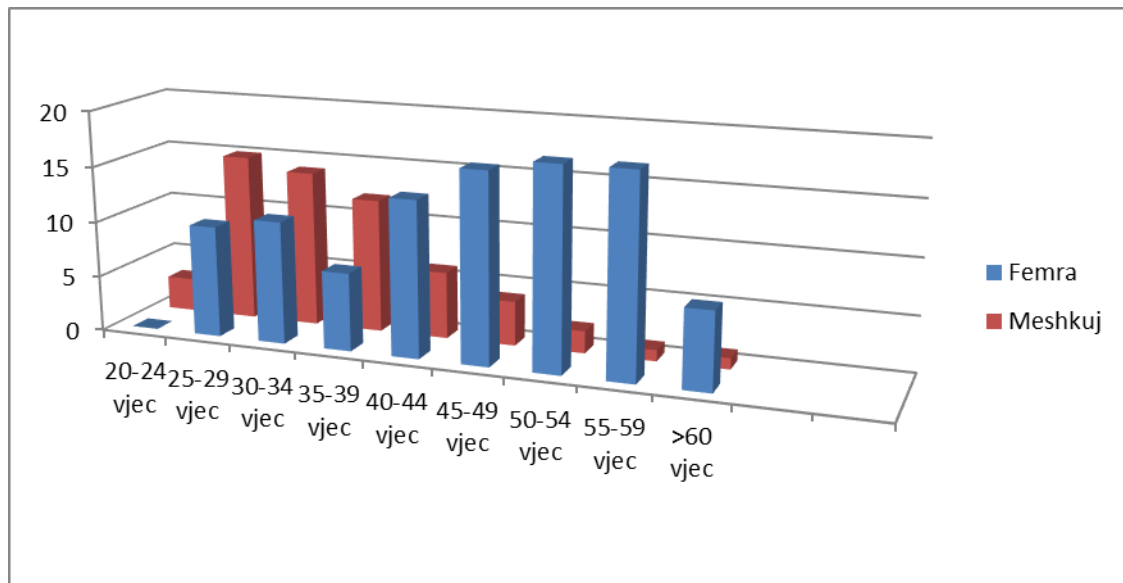


Grafiku 4. 2 Shperndarja sipas grupmoshës së individeve

Tabela 4. 6 Shperndarja e individëve sipas grupmoshës dhe gjinisë

Grupmosha	Femra n(%)	Meshkuj n (%)	Totali
20-24 vjec	0	3(5.22%)	3
25-29 vjec	10(9.8)	15(25.86%)	25
30-34 vjec	11(10.7 %)	14(24.13%)	25
35-39 vjec	7(6.86 %)	12(20.68%)	19
40-44 vjec	14(13.72%)	6(10.34%)	20
45-49 vjec	17(16.66%)	4(6.89%)	21
50-54 vjec	18(17.64%)	2(3.44%)	20
55-59 vjec	18(17.64%)	1(1.72%)	19
≥60 vjec	7(6.98%)	1(1.72%)	8
Totali	102(100.00 %)	58(100.00%)	160

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne



Grafiku 4.3 Shperndarja e individëve sipas grupmoshës

Në grupmoshën 20-24 vjeç 0 (0.00%) individë janë femra dhe 3 (5.22%) individë meshkuj;

Në grupmoshën 25-29 vjeç 10 (9.8%) individë janë femra dhe 15 (25.886%) individë meshkuj

Në grupmoshën 30-34 vjeç 11 (10.7%) individë janë femra dhe 14 (24.13%) individë meshkuj

Në grupmoshën 35-39 vjeç 7 (6.86%) individë janë femra dhe 12 (20.68%) individë meshkuj

Në grupmoshën 40-44 vjeç 14 (13.72%) individë janë femra dhe 6 (10.34%) individë meshkuj

Në grupmoshën 45-49 vjeç 17 (16.66%) individë janë femra dhe 4 (6.89%) individë meshkuj

Në grupmoshën 50-54 vjeç 18 (17.64%) individë janë femra dhe 2 (3.44%) individë meshkuj

Në grupmoshën 55-59 vjeç 18 (17.64%) individë janë femra dhe 1 (1.72%) individë meshkuj

Në grupmoshën \geq 60 vjeç 7 (6.98%) individë janë femra dhe 1 (1.72%) individë meshkuj

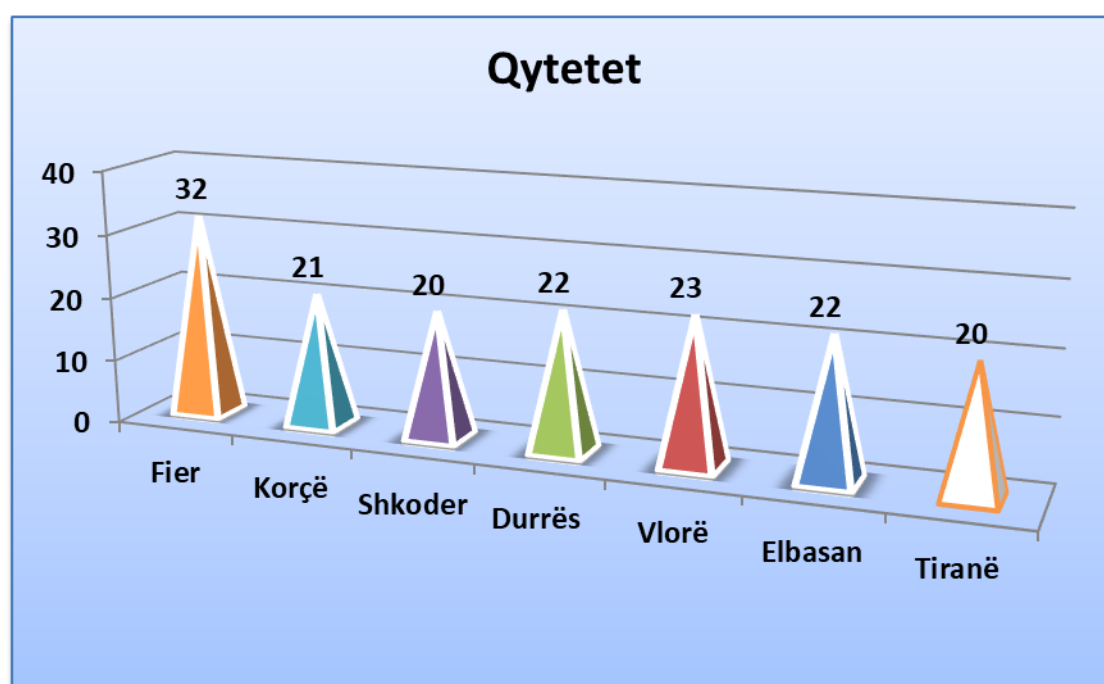
Ne studim nuk kemi ndryshim statistikisht te rendesihem ndermjet individeve te grupmoshave te ndryshme me $p=0.01$

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Tabela 4.7 Shperndarja e individëve sipas qyteteve

Qytetet	Nr	%
Fier	32	20%
Korçë	21	13%
Shkoder	20	12%
Durrës	22	14%
Vlorë	23	14%
Elbasan	22	14%
Tiranë	20	13%
Totali	160	100%

Qyteti	N	%	Frekuenca kumulative	% Frekuenca kumulative
Fier	32	20	32	20
Korçë	21	13	53	33.12
Shkodër	20	12	73	45.62
Durrës	22	14	95	59.37
Vlorë	23	14	118	73.75
Elbasan	22	14	140	87.5
Tiranë	20	13	160	100
Total	160	100	671	



Grafiku 4.4 Shperndarja e individëve sipas qyteteve.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Qyteti I Fierit me 32 individë ose 20 % të rasteve.

Qyteti I Vlorës me 23 raste ose 14 % të rasteve.

Qyteti I Durrësit dhe Elbasanit me 22 individë ose 14 % të rasteve.

Qyteti I Korcës me 21 individe ose 13 % të rasteve.

Qyteti I Tiranës dhe Shkodrës me 20 individe ose 13 % të rasteve.

Vërehet një mbizotërimi i individëve në qytetin e Fierit me 32 individe (20 %) të pergjigjur kundrejt individëve në qytete të tjera.

Në studim mbizoterojnë individët në qytetin e Fierit me 20 % të totalit me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre($p < 0.05$)

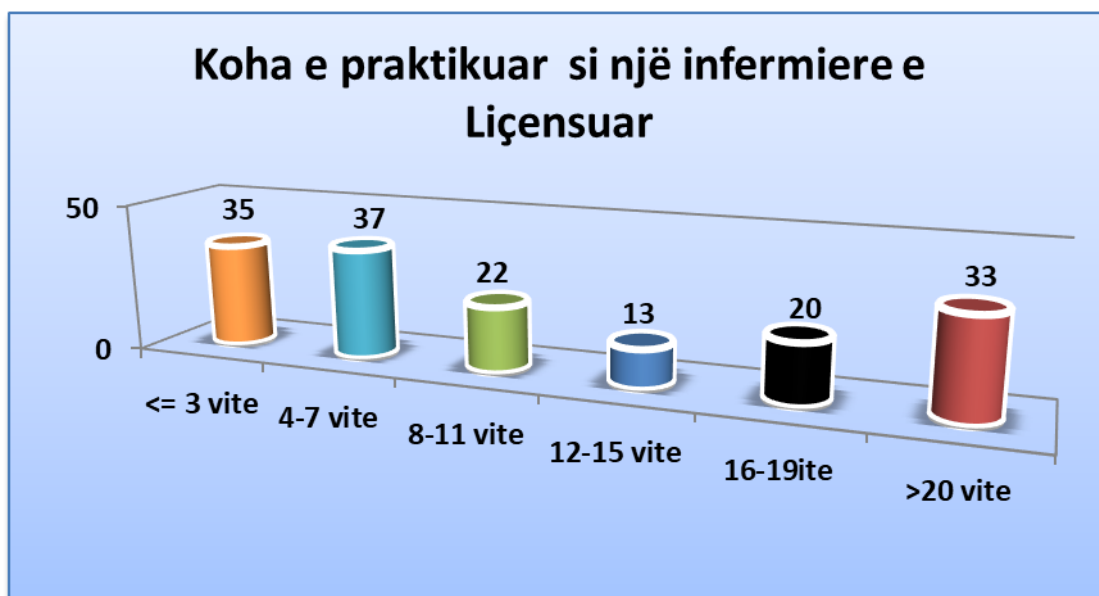
Tabela 4.8 Koha e praktikuar si një infermiere e licensuar

Koha e praktikuar si një infermiere e Licensuar	Nr	%
<= 3 vite	35	22%
4-7 vite	37	23%
8-11 vite	22	14%
12-15 vite	13	8%
16-19 vite	20	12%
>20 vite	33	21%
Totali	160	100%

Kohezgjatja, Vite	N	%	Frekuenca kumulative	% Frekuenca kumulative
≤3	35	22	22	20
4-7	37	23	55	50
8-11	22	14	69	62.72
12-15	13	8	77	70
16-19	20	12	89	80.90
>20	33	21	110	100
Totali	160	100	422	

Tabela 4.9 Tabela permbledhese si infermiere te licensuara

Koha e praktikuar si nje infermiere e licensuar					
<= 3 vite	4-7 vite	8-11 vite	12-15 vite	16-19 vite	>20 vite
35	38	22	13	19	33
TOTALI					
160					
PËRQINDJA					
21.88%	23.75%	13.75%	8.13%	11.88%	20.63%
DEVIJANCA					
10.05					



Grafiku 4.5 Koha e praktikuar si një infermiere e licensuar

Sa I përket shpërndarjes në bazë të kohës së praktikuar si një infermiere e licensuar kemi rezultatet e mëposhtme:

≤3 vite kemi 35 individë ose 21.88%.

4-7 vite kemi 37 individë ose 23.75 %.

8-11 vite kemi 22 individë ose 13.7 %.

12-15 vite kemi 13 individë ose 8.13 %.

16-19 vite kemi 19 individë ose 11.88 %.

>20 vite kemi 33 individë ose 20.63 %.

Vërehet mbizoterimi I individëve me 4-7 vite si infermiere të licensuara, gjithsej 38 individe (23.75 %) kundrejt individeve te tjere me kohezgjatje më pak si infermiere e licensuar me deviacion standart 30.36.

Tabela 4.10 Shperndarja e individeve sipas nivelit të edukimit

Niveli i edukimit	Nr	%
E mesme Mjekësore	40	25%
Bachelor	58	36%
Master	62	39%
Doktoraturë	0	0%
Tjetër	0	0%
Totali	160	100%

Niveli I edukimit	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
E mesme Mjekësore	40	25	25	25
Bachelor	58	36	61	61
Master	62	39	100	100
Doktoraturë	0	0	100	100
Total	160	100	286	

Në bazë të shpërndarjes së nivelit të edukimit kemi këto rezultate:

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

E mesme mjeksore 40 individë ose 25 %.

Bachelor 58 individë ose 36 %.

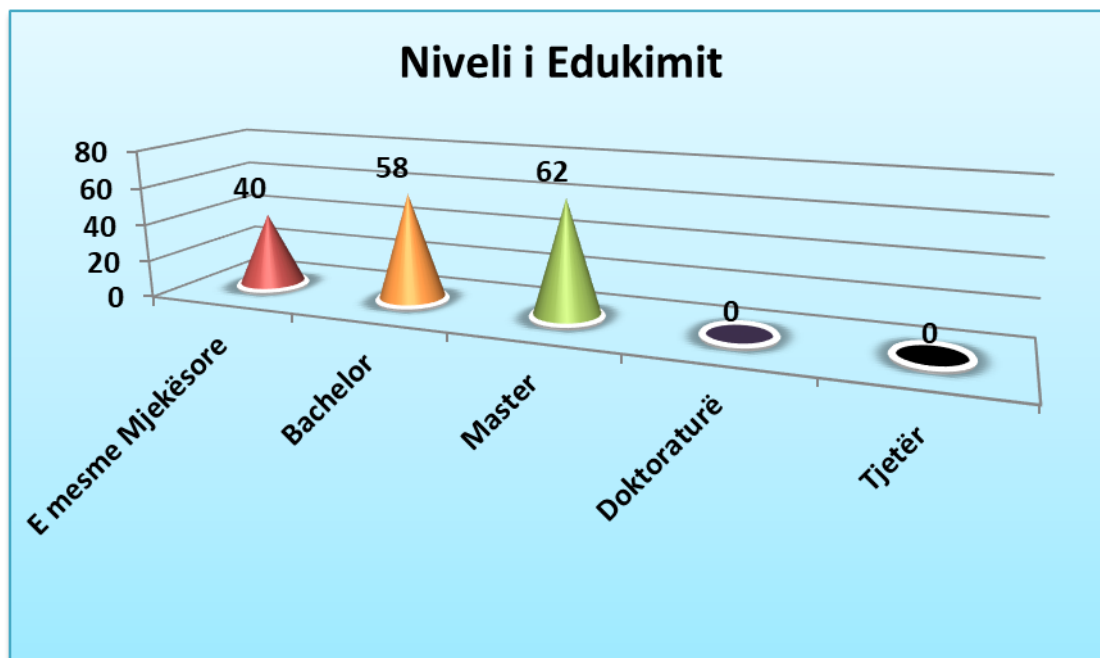
Master 62 individë ose 39 %.

Vëret mbizoterimi I individëve me master 62 individë (39 %) kundrejt atyre me të mesme mjekësore apo Bachelor.

Në studim mbizoterojnë individët me master me ndryshim statistikisht të rendësishëm me nivelet e tjera të arsimit($p < 0.05$)

Tabela 4.11 Shperndarja e individeve sipas nivelit të arsimit

Niveli i edukimit				
E mesme Mjekësore	Bachelor	Master	Doktoraturë	Tjetër
40	58	62	0	0
TOTALI				
160				
PËRQINDJA				
25.00%	36.25%	38.75%	0.00%	0.00%
DEVIJANCA				
30.36				



Grafiku 4.6 Shpërndarja e individëve sipas nivelit të edukimit.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Tabela 4.12 Sigurimi I kujdesit infermieror tek pacientet e nefrologjisë

A siguroni kujdesin infermieror tek pacientët e Nefrologjisë?	Nr	%
Po	98	61%
Jo	62	39%
Përqindja e kohës që shpenzoni		40.1%

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
Po	98	61	61	61
Jo	62	39	100	100
Total	160	100	161	

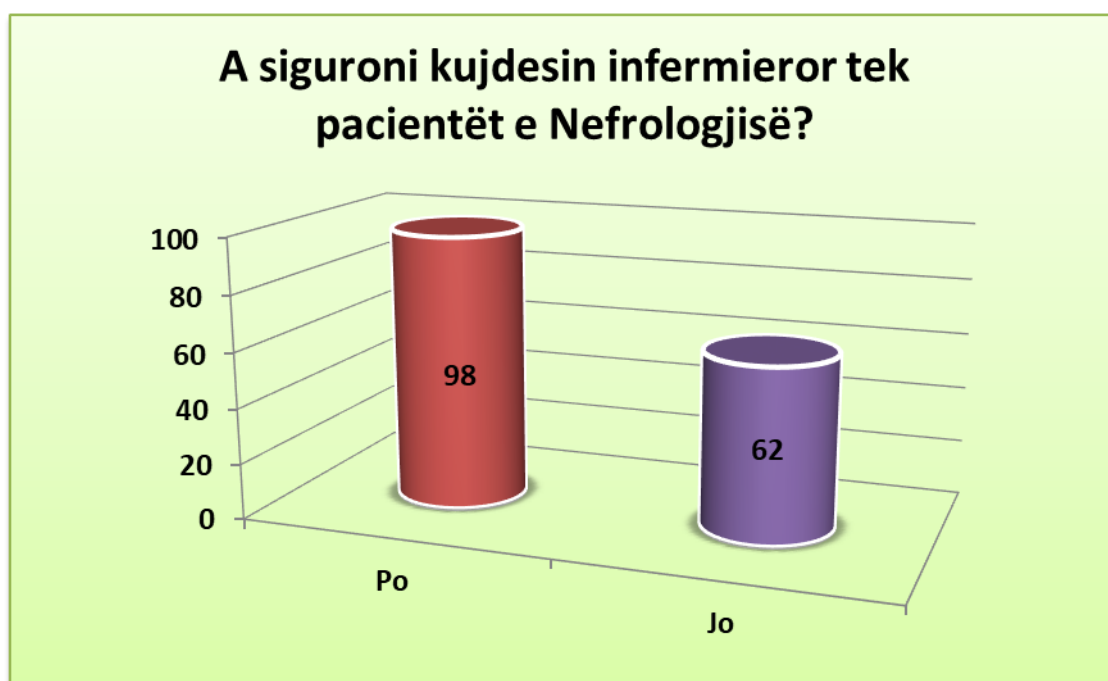
Nga të dhënat e tabelës vihet re që sigurimi I kujdesit tek pacientet e nefrologjisë nga të gjithë infermieret e pergjigjura është 98(61 %) kundrejt 62 (39%) që nuk ofronin kujdes tek pacientët e nefrologjisë.

	Numri	Mesatarja	Varianca
Po	98	34.38	820.2
Jo	62	29.93	117.08

$t=1.148$ gjë që tregon se nuk ka ndryshim statistikisht të perfillshem ndermjet dy variableve te mësipërme. $P=0.01$

Intervali I besimit është $CI=4.45\pm 7.596$

A siguroni kujdes infermieror te pacientet e nefrologjise?		
Po	Jo	Perqindja e kohes qe shpenzoni
97	63	MESATARJA
TOTALI		50.14%
160		
PËRQINDJA		
60.625%	39.375%	
DEVIJANCA		
24.04		



Grafiku 4.7 Sigurimi I kujdesit infermieror tek pacientet e nefrologjise

Tabela 4. 13 Shperndarja në bazë të certifikimeve jashtë territorit shqiptar

A dispononi ndonjë trajnim apo çertifikim jashtë territorit Shqiptar?	Nr	%
Po	45	28%
Jo	115	72%
Totali	160	100%

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
Po	45	28	45	28.12
Jo	115	72	160	100
Total	160	100	205	

Nga të dhënat e tabelës nxjerrim që 115 (72 %) e individëve nuk disponojnë trajnime dhe certifikime jashtë territorit shqiptar kundrejt 45(28%) që disponojnë trajnime dhe certifikime jashtë territorit shqiptar.

	Numri	Mesatarja	Varianca
Po	45	39	107.02
Jo	115	38	127.53

$t=0.089$. që tregon se nuk ka ndryshim statistikisht te përfillshem ndërmjet këtyre dy variableve.

$P=0.01$

Pika 7 e pyetësorit

Po	Jo
45	115
TOTALI	
160	
PËRQINDJA	
25.00%	75.00%
DEVIJANCA	
56.57	



Grafiku 4.8 Shperndarja ne baze te certifikimeve jashte territorit shqiptar

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Tabela 4.14 Shperndarja në bazë të trajnimeve të lidhura me menaxhimin infermieror

A merrni pjesë në trajnimet apo workshope të ndryshme në lidhje me menaxhimin dhe kujdesin infermieror?	Nr	%
Po	43	28%
Jo	117	72%
Totali	160	100%

Nga tabela nxjerrim që 43 (26.88 %) e individëve disponojnë trajnime në lidhje me kujdesin infermieror të vazhdueshem kundrejt 117(73.13%) të individëve që nuk e disponojne këtë trajnim.

Pika 8 e pyetësorit

Po	Jo
117	43

TOTALI

160

PËRQINDJA

73.13%	26.88%
--------	--------

DEVIJANCA

52.33

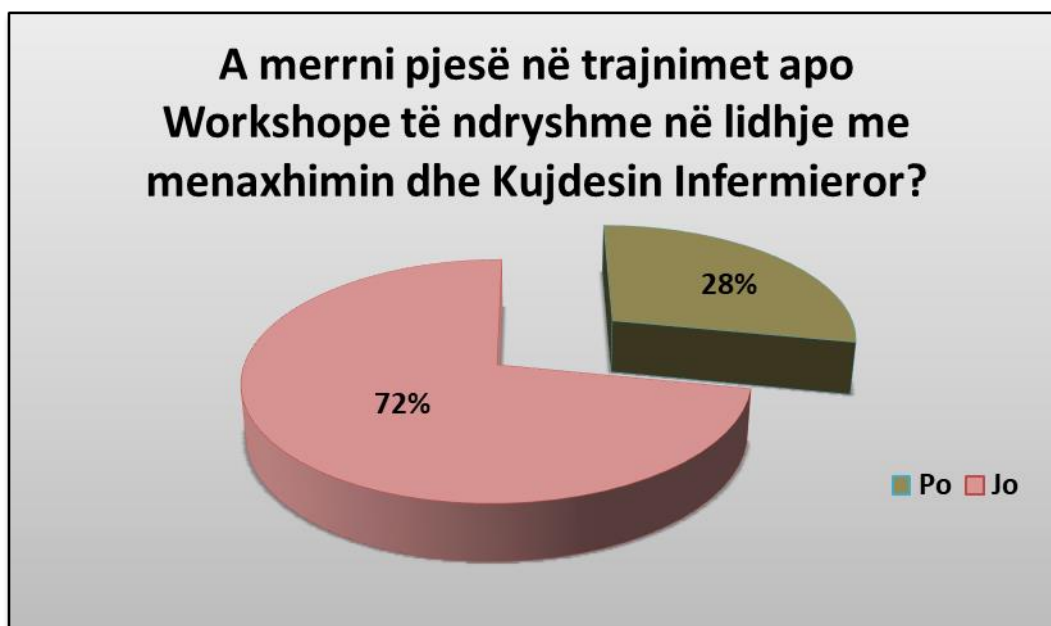
Nga tabela nxjerrim se 117 individë ose 73.13 % marrin pjesë në ëorkshope në lidhje me menaxhimin infermieror të vazhdueshem kundrejt 43 individe ose 26.88 % që nuk marrin pjesë ne keto trajnime të vazhdueshme ne lidhje me kujdesin infermieror.

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
Po	117	73.13	117	73.13
Jo	43	26.88	160	100
Total	160	100	205	

	Numri	Mesatarja	Varianca
Po	117	41	111.6
Jo	43	43	150.7

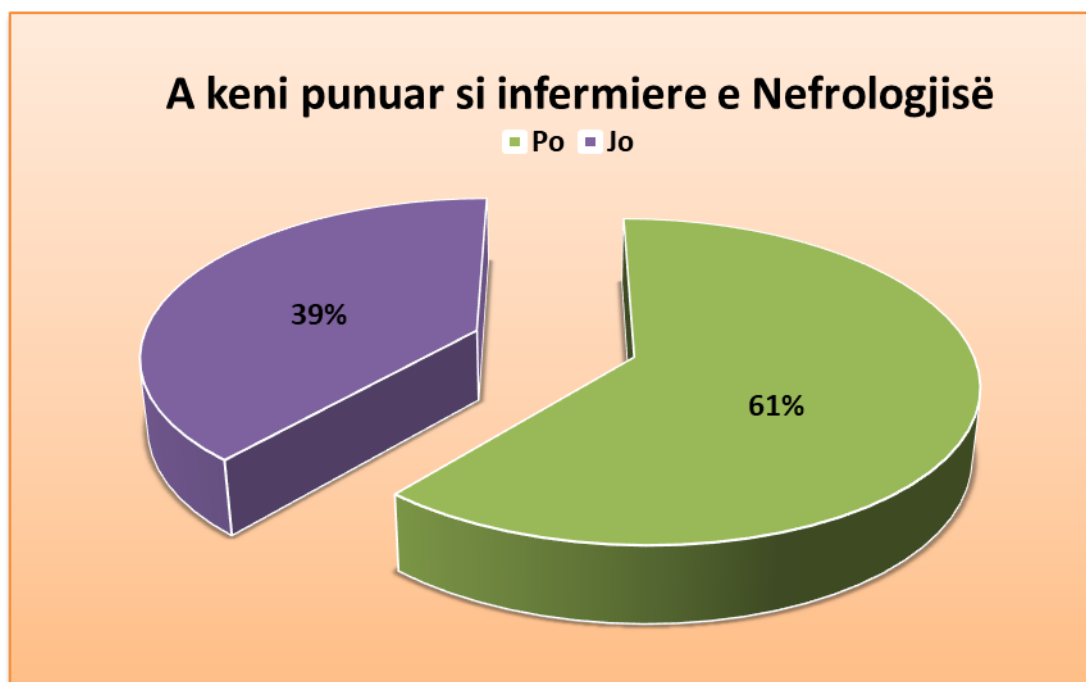
t=0.206 gje që tregon se nuk ka ndryshim statistikisht të përfillshem ndërmjet dy variableve.

P=0.01



Grafiku 4.9 Shperndarja ne baze te trajnimeve te lidhura me menaxhimin infermieror

Pika 10 e pyetesorit		
Po	Jo	Vite
97	63	11
TOTALI		
160		
PËRQINDJA		
60.625%	39.375%	
DEVIJANCA		
24.04		



Grafiku 4.10 Shperndarja në bazë të viteve të punes si infermiere e nefrologjisë

Sa I perket shperndarjes se baze te vlersimit nese kane punuar si infermiere te nefrologjise nxjerrim keto rezultate;97 individe ose 61 % kane punuar si infermiere te nefrologjise kundrejt 63 individe ose 39 % qe nuk kane punuar asnjeher si infermier te nefrologjise.

Tabela 4.15 Shperndarja në bazë të rolit si infermiere prakticionere

Nëse ju jeni një infermiere prakticionere, ju lutem shënoni specializimin tuaj?	Nr	%
E përgjithshme	7	27%
Peditari	14	54%
Kujdes primar	5	19%
Geriatri	0	0%
Shëndet mendor	0	0%
Tjetër	0	0%
Totali	26	100 %

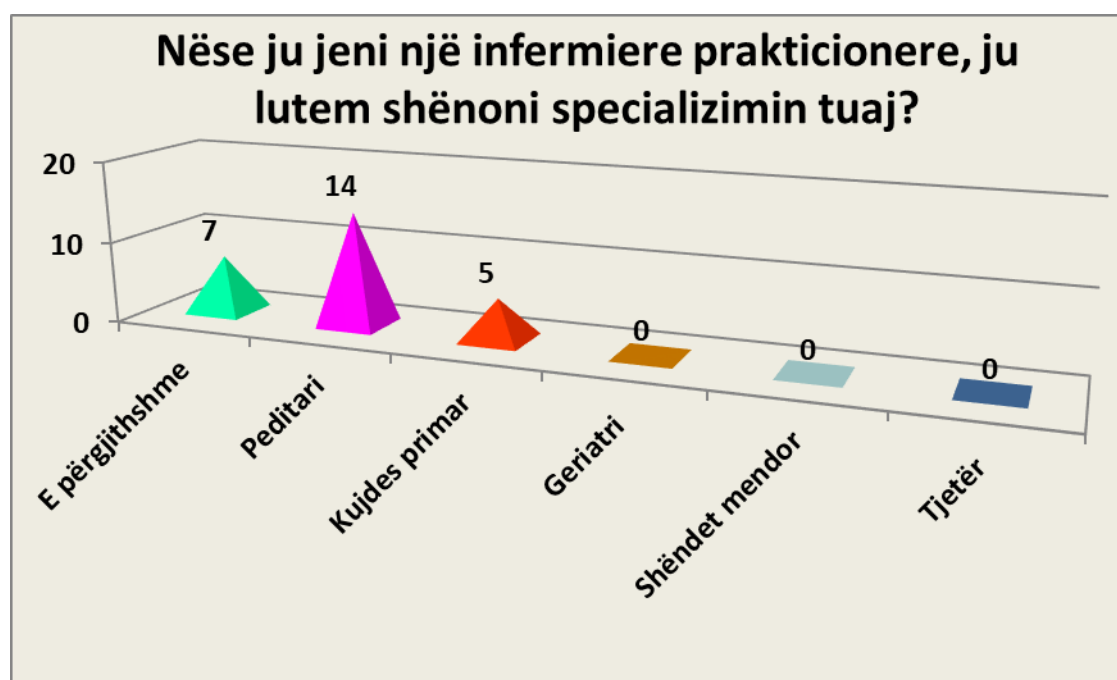
Në bazë të shperndarjes si infermiere prakticionere nxjerrim këto rezultate :
 E përgjithshme 7 individe ose 27 %.
 Peditari 14 individe ose 54 %
 Kujdesi primar 5 individe ose 19 %.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
E pergjithshme	7	27	27	27.27
Pediatri	14	54	81	81.81
Kujdesi primar	5	18	99	100

PIKA 11 E PYETESORIT

E pergjithshme	Pediatri	Kujdesi primar	Geriatrik	Shendeti mendor	Tjeter
7	14	5	0	0	0
TOTALI					
26					
PËRQINDJA					
26.92%	53.85%	19.23%	0%	0%	0%
DEVIJANCA					
5.61					



Grafiku 4.11 Shpërndarja në bazë të rolit si infermiere prakticionere

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Tabela 4.16 Shpërndarja në bazë të rolit si infermiere specialiste klinike

Nëse ju jeni një infermiere specialiste klinike, ju lutem shënoni specializimin tuaj?	Nr	%
Kirurgji	1	1%
Nefrologji	90	60%
Urgjencë	5	3%
Psikiatri	25	17%
Pediatri	8	5%
Onkologji	21	14%
Tjetër	0	0%
Totali	160	100%

Në bazë të shpërndarjes si infermiere specialiste klinike nxjerrim këto rezultate nga tabela:

Kirurgji 1 individë ose 1 %.

Nefrologji 90 individë ose 60 %.

Urgjence 5 individë ose 3 %.

Psikiatri 25 individë ose 17 %.

Pediatri 8 individë ose 5%.

Onkologji 21 individë ose 14 %.

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
Kirurgji	1	1	1	0.66
Nefrologji	90	60	91	60.66
Urgjence	5	3	96	64
Psikiatri	25	17	121	80.66
Pediatri	8	5	129	86
Onkologji	21	14	150	100

PIKA 12 E PYETESORIT

Kirurgji	Nefrologji	Urgjence	Psikiatri	Pediatri	Onkologji	Tjetër
1	88	5	24	8	20	0
TOTALI	147					
PËRQINDJA	1.36%	59.86%	3.40%	16.33%	5.44%	13.61%
DEVIJANCA	30.89					



Grafiku 4.12 Shpërndarja në bazë të rolit si infermiere specialiste klinike

Tabela 4.17 Shpërndarja në baze të kohës së shpenzuar në nderhyrje të ndryshme nefrologjike.

Sa % e kohës tuaj shpenzohet duke punuar në zona të tilla në trajtimin e pacientëve?	Koha	%
Hemodializë	19.3	20%
Dializë peritoneale	12.57	13%
Transplant	0	0%
Menaxhimi i sëmundjeve kronike të veshkave	19.03	20%
Terapia e vazhdueshme e zëvendësimit renal	7.1	8%
Kujdesi akut	22.55	24%
Nefrologjia e përgjithshme	14	15%

Në bazë të shpërndarjes së kohës që shpenzon infermieria në trajtimin e pacientëve që kanë probleme nefrologjike nxjerrim këto rezultate:

Hemodializë 19.3 ose 20 %.

Dialize peritoneale 12.57 ose 13 %

Menaxhimi I sëmundjeve kronike të veshkave 19.03 ose 20 %

Terapia e vazhdueshme e zëvendësimit renal 7.1 ose 8 %

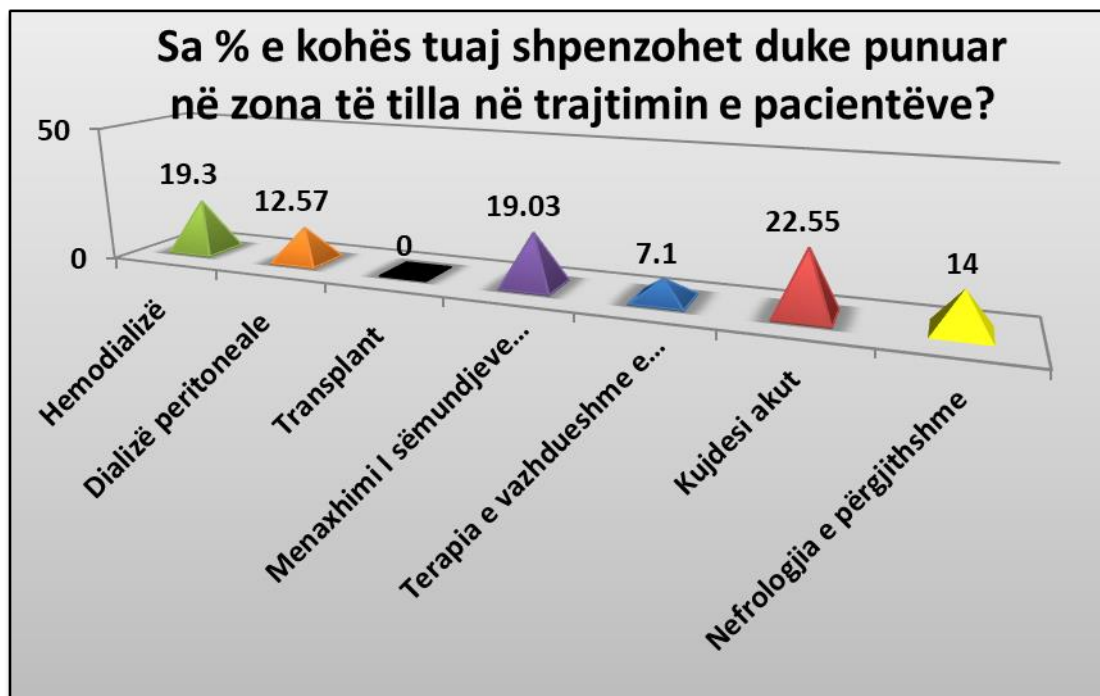
Kujdesi akut 22.55 ose 21 %.

Nefrologjia e përgjithshme 14 ose 15 %.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
Hemodializë	19.3	20	19.3	20.41
Dializë peritoneale	12.57	13	31.87	33.70
Menaxhim i sëmundjeve kronike të veshkave	19.03	20	50.9	53.83
Terapia e vazhdueshme e zëvendësimit renal	7.1	8	58	61.34
Kujdesi akut	22.55	21	80.55	85.19
Nefrologjia e përgjithshme	14	15	94.55	100

PIKA 13 E PYETESORIT						
Hemodialize	Dializa peritoneale	Transplant	Menaxhim i semundjeve kronike te veshkave	Terapia e vazhdueshme e zevendesimit renal	Kujdesi akut	Nefrologjia e pergjithshme
28.03%	18.01%	0%	18.50%	10.41%	20.77%	14.32%
DEVIJANCA						



Grafiku 4.13 Shpërndarja në bazë të kohës së shpenzuar në nderhyrje të ndryshme nefrologjike

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Tabela 4.18 Shpërndarja në bazë të kohës së shpenzuar në trajtimin e pacienteve të grupmoshave të ndryshme

Sa % të kohës tuaj shpenzoni duke trajtuar pacientët e grup-moshave të ndryshme?	Nr	%
0-11 vjeç	17.7	14%
11-21 vjeç	15.95	12%
22-64 vjeç	40.3	31%
65-79 vjeç	36.75	28%
>80 vjeç	19.8	15%

Në bazë të kohës që shpenzon infermiera në trajtimin e pacienteve të grupmoshave të ndryshme kemi këto rezultate:

0-11 vjeç 17,7 ose 14 % e kohës së shpenzuar

11-21 vjeç 15.95 ose 12 % e kohës së shpenzuar

22-64 vjeç 40.3 ose 31 % e kohës së shpenzuar.

65-79 vjeç 36.75 ose 28 % e kohës së shpenzuar.

>80 vjeç 19.8 ose 15 % e kohës së shpenzuar.

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
0-11 vjeç	17.7	14	17.7	13.56
11-21 vjeç	15.95	12	33.65	25.78
22-64 vjeç	40.3	31	73.95	56.66
65-79 vjeç	36.75	28	110.7	84.82
>80 vjeç	19.8	15	130.5	100

PIKA 14 E PYETESORIT

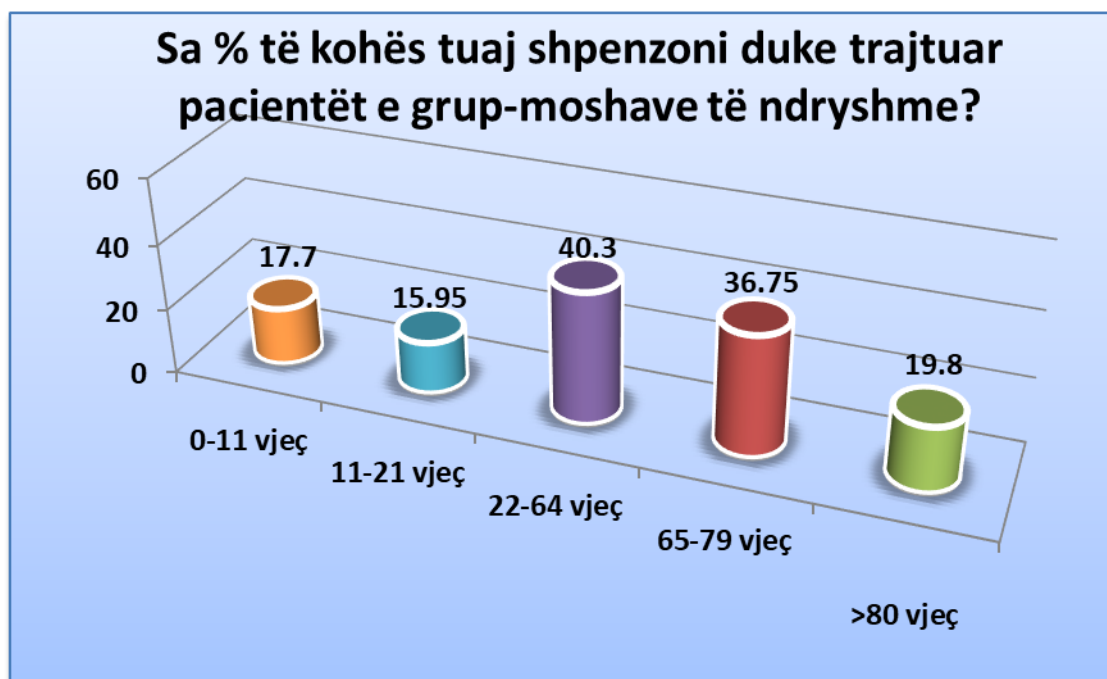
0-11 VJEC	11- 21 VJEC	22-64	65-79	>8 VJEC
-----------	-------------	-------	-------	---------

MESATARJA E PËRQINDJES

40.22%	12.50%	31.18%	26.87%	23.97%
--------	--------	--------	--------	--------

DEVIJANCA

10.14%



Grafiku 4.14 Shpërndarja në baze të kohës së shpenzuar në trajtimin e pacienteve të grupmoshave të ndryshme

Tabela 4.19 Shpërndarja në bazë të kohës së shpenzuar si infermier në fushat e mëposhtme

Sa % të kohës tuaj shpenzoni si infermier në fushat e mëposhtme?	Nr	%
Kujdesi direkt i pacientit	41.04	27%
Menaxhimi i rasteve	17.15	11%
Menaxhimi i cilësisë	21.05	14%
Edukimi	26.8	18%
Administrimi	7.43	5%
Konsultimi	37.5	25%
Kërkimi shkencor	0.1	0%

Në bazë të shpërndarjes së kohës që shpenzon infermieria në trajtimin e pacienteve të nefrologjisë në fusha të tilla kemi këto rezultate:

Kujdesi direct I pacientit 41.04 ose 27 % të kohës së shpenzuar

Menaxhimi I rasteve 17.15 ose 11 % e kohës së shpenzuar

Menaxhimi I cilësisë 21.05 ose 14 % e kohës së shpenzuar

Edukimi 26.8 ose 18 % e kohës së shpenzuar

Administrimi 7.43 ose 5 % e kohës së shpenzuar

Konsultimi 37.5 ose 25 % e kohës së shpenzuar.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
Kujdesi direkt I pacientit	41.04	27	27	27
Menaxhimi I rasteve	17.15	11	38	38
Menaxhimi I cilësise	21.05	14	52	52
Edukimi	26.8	18	70	70
Administrimi	7.43	5	75	75
Konsultimi	37.5	25	100	100

PIKA 15 E PYETESORIT

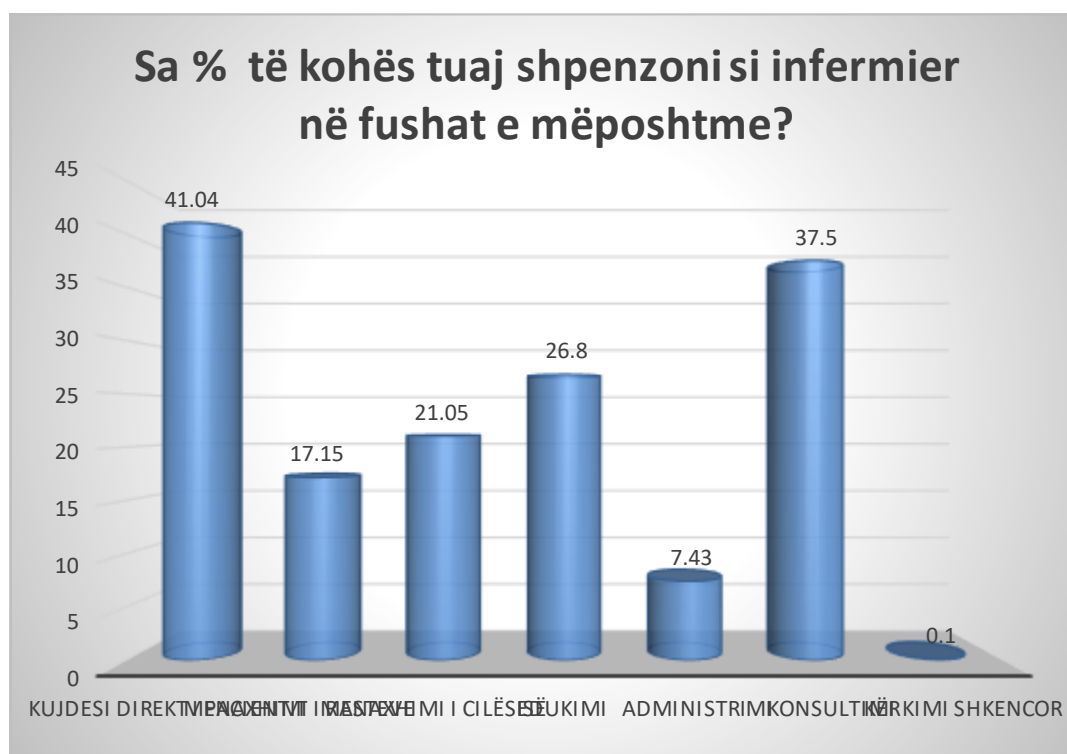
Kujdesi direkt i pacientit	Menaxhimi i rasteve	Menaxhimi i cilësise	Edukimi	Administrimi	Konsultimi	Kerkimi shkencor
----------------------------	---------------------	----------------------	---------	--------------	------------	------------------

MESATARJA E PËRQINDJES

26.58%	12.33%	17.95%	18.60%	6.87%	12.79%	10.10%
---------------	--------	--------	--------	-------	--------	--------

DEVIJANCA

6.56%



Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Grafiku 4.15 Shpërndarja në bazë të kohës së shpenzuar si infermier në fushat e mëposhtme

Tabela 4.20 Shpërndarja në bazë të kohës së shpenzuar në trajtimet si infermier I nefrologjisë

Sa % e kohës tuaj shpenzohet në fushat e mëposhtme të trajtimit si infermier i nefrologjisë?	Nr	%
Sëmundje akute të veshkave	50.1	48%
Sëmundje kronike të veshkave stadi 1	7.5	7%
Sëmundje kronike të veshkave stadi 2	7.1	7%
Sëmundje kronike të veshkave stadi 3	6.4	6%
Sëmundje kronike të veshkave stadi 4	6.5	6%
Sëmundje kronike të veshkave stadi 5 pa terapi zëvendësuese renale	6.7	6%
Sëmundje kronike të veshkave stadi I 5 me terapi zëvendësuese renale	7.55	7%
Nefrologjia e përgjithshme	13.05	13%

Në bazë të shpërndarjes së kohës së shpenzuar në trajtimet si infermier I nefrologjisë nxjerrim këto rezultate nga tabela:

Sëmundjet acute të veshkave 50.1 ose 48 % e kohës së shpenzuar

Sëmundjet kronike të veshkave stadi 1, 7.5 ose 7 % të kohës së shpenzuar.

Sëmundjet kronike të veshkave stadi 2, 7.1 ose 7% e kohës së shpenzuar

Sëmundjet kronike të veshkave stadi 3, 6.4 ose 6% të kohës së shpenzuar.

Sëmundjet kronike të veshkave stadi 4, 6.5 ose 6 % të kohës së shpenzuar

Sëmundjet kronike të veshkave stadi I 5 pa terapi renale zëvendësuese 6.7 ose 6 % e kohës së shpenzuar.

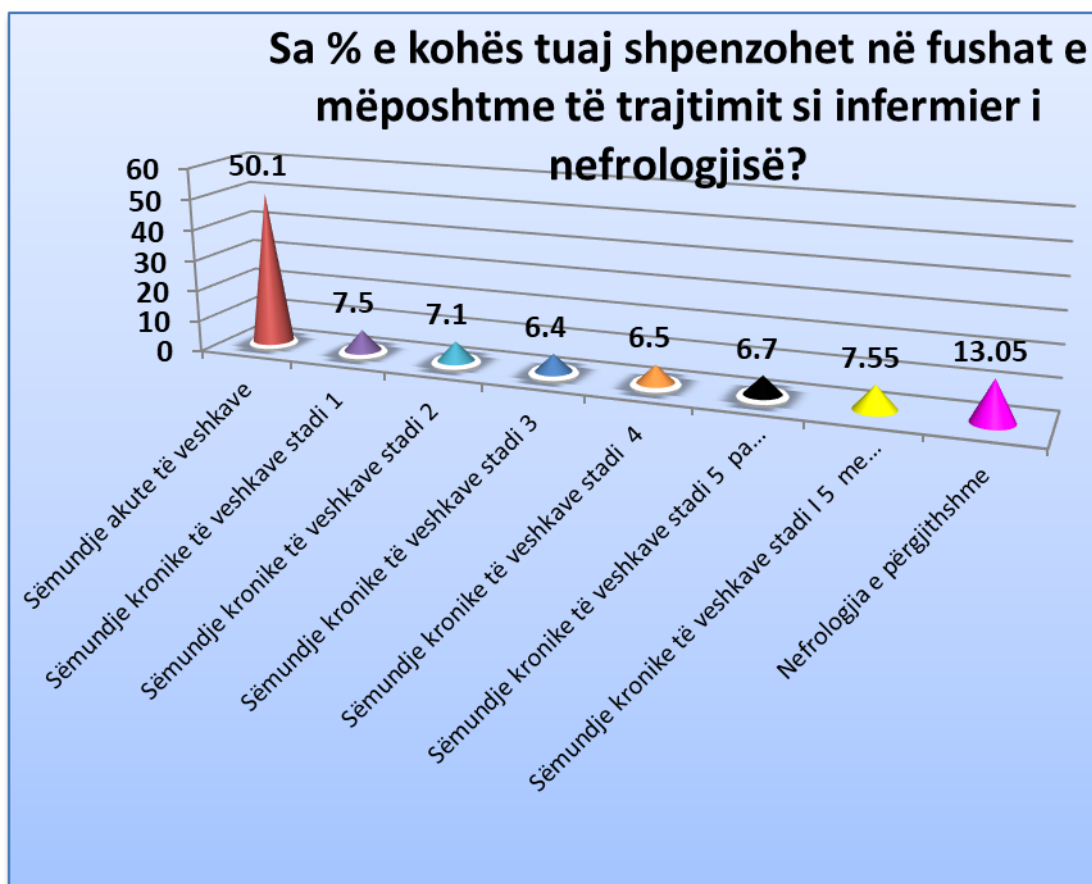
Sëmundjet kronike të veshkave stadi I 5 me terapi renale zëvendësuese 7.55 ose 7 % e kohës së shpenzuar.

Nefrologjia e përgjithshme 13.05 ose 13 % e kohës së shpenzuar.

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
Sëmundjet acute të veshkave	50.1	48	50.1	47.75
Sëmundjet kronike të veshkave stadi 1	7.5	7	57.6	54.9

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Sëmundjet kronike të veshkave stadi 2	7.1	7	64.7	61.67
Sëmundjet kronike të veshkave stadi 3	6.4	6	71.1	67.77
Sëmundjet kronike të veshkave stadi 4	6.5	6	77.6	73.97
Sëmundjet kronike të veshkave stadi 5 pa terapi zëvendësuese renale	6.7	6	84.3	80.36
Sëmundjet kronike të veshkave stadi 5 me terapi zëvendësuese renale	7.55	6	91.85	87.55
Nefrologjia e përgjithshme	13.05	13	104.9	100



Grafiku 4.16 Shpërndarja në bazë të kohës së shpenzuar në trajtimet si infermier I nefrologjisë

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Tabela 4.21 Shpërndarja në baze të certifikimeve si infermier I nefrologjisë

A keni certifikime si infermier i Nefrologjisë?	Nr	%
Po	104	65%
Jo	56	35%
Totali	160	100%

Në bazë të shpërndarjes si infermier I nefrologjisë nxjerrim këto të dhëna nga tabela:
 104 ose 65 % e individëve kanë certifikime si infermier I nefrologjisë.
 54 ose 35 % e individëve nuk kanë certifikime si infermier I nefrologjisë.

	Numri	Mesatarja	Varianca
Po	104	41	131.13
Jo	56	44	122.78

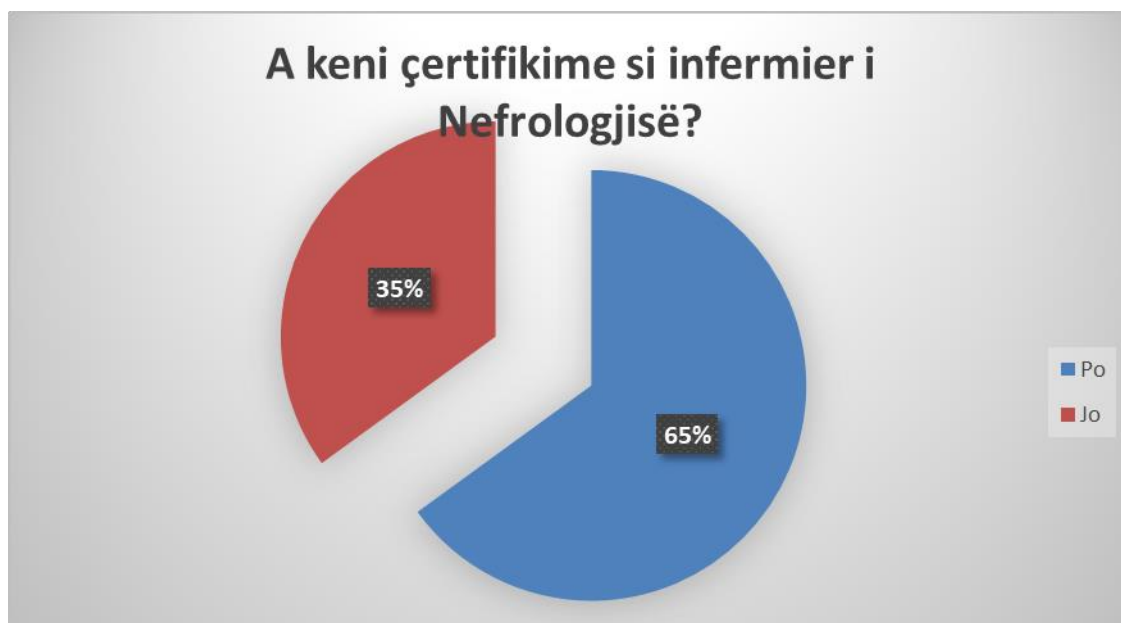
$t=0.511$ që tregon se nuk ka ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet këtyre dy variableve.

$P=0.01$

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
Po	104	65	104	65
Jo	56	35	160	100
Total	160	100	205	

Pika 18 e pyetëorit

Po	Jo
105	55
TOTALI	
160	
PËRQINDJA	
65.63%	34.38%
DEVIJANCA	
35.36	



Grafiku 4.17 Shpërndarja në bazë të certifikimeve si infermier I nefrologjisë

Tabela 4.22 Shpërndarja në bazë të kontaktit me infermieret jashtë territorit shqiptar

A jeni në kontakt me infermieret e tjerë brenda dhe jashtë vendit në mënyrë që të krijoni një grup konsultimi dhe menaxhimi të rasteve të ndryshme?	Nr	%
Po	37	23%
Jo	123	77%
Totali	160	100%

Nga tabela nxjerrim se 37 individë ose 23 % e tyre janë në kontakt me infermieret brenda dhe jashtë vëndit në krijimin e një grupi konsultimi për menaxhimin e rasteve të ndryshme kundrejt 123 individe ose 77 % e tyre që nuk janë ne kontakt me infermieret brenda dhe jashtë vendit.

Pika 19 e pyetësorit	
Po	Jo
37	123
TOTALI	
160	
PËRQINDJA	
22.50%	77.50%
DEVIJANCA	
62.23	



Grafiku 4.18 Shpërndarja në bazë të kontaktit me infermieret jashtë territorit shqiptar

	Numri	Mesatarja	Varianca
Po	37	41	139
Jo	123	49	192.47

$t=2.16$.gjë që tregon se ekziston një ndryshim statistikisht I perfillshem ndërmjet këtyre dy variableve të dhënash.

$p<0.05$

Intervali I besimit CI =0.77-15.23

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
Po	37	23	37	73.13
Jo	123	77	160	100
Total	160	100	205	

Tabela 4.23 Shpërndarja në bazë te pjesëmarrjes në ndonjë shoqate mjekësore

A jeni antar i ndonjë shoqate mjekësore?	Nr	%
Po	24	15%
Jo	136	85%
Totali	160	100%

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

	Numri	Mesatarja	Varianca
Po	24	46	177.25
Jo	136	41	122.43

$t=0.285$, gjë që tregon se nuk ka ndryshim statistikisht të perfillshem ndërmjet këtyre dy variableve të dhënash.

$P=0.01$

	N	%	Frekuenca kumulative	% frekuenca kumulative
Po	24	15	24	15
Jo	136	85	160	100
Total	160	100	184	

Pika 19 e pyetësorit

Po	Jo
24	136
TOTALI	
160	
PËRQINDJA	
15.00%	85.00%
DEVIJANCA	
79.20	



Grafiku 4.19 Shperndarja ne baze te pjesmarrjes ne ndonje shoqate mjekësore

Korrelacioni midis variableve

t-Test

<i>Regression Statistics</i>		
Multiple R	0.479394629	r=0.47
R ² Square	0.22981921	
Adjusted R Square	0.224944649	
Standard Error	0.417597239	
Observations	160	

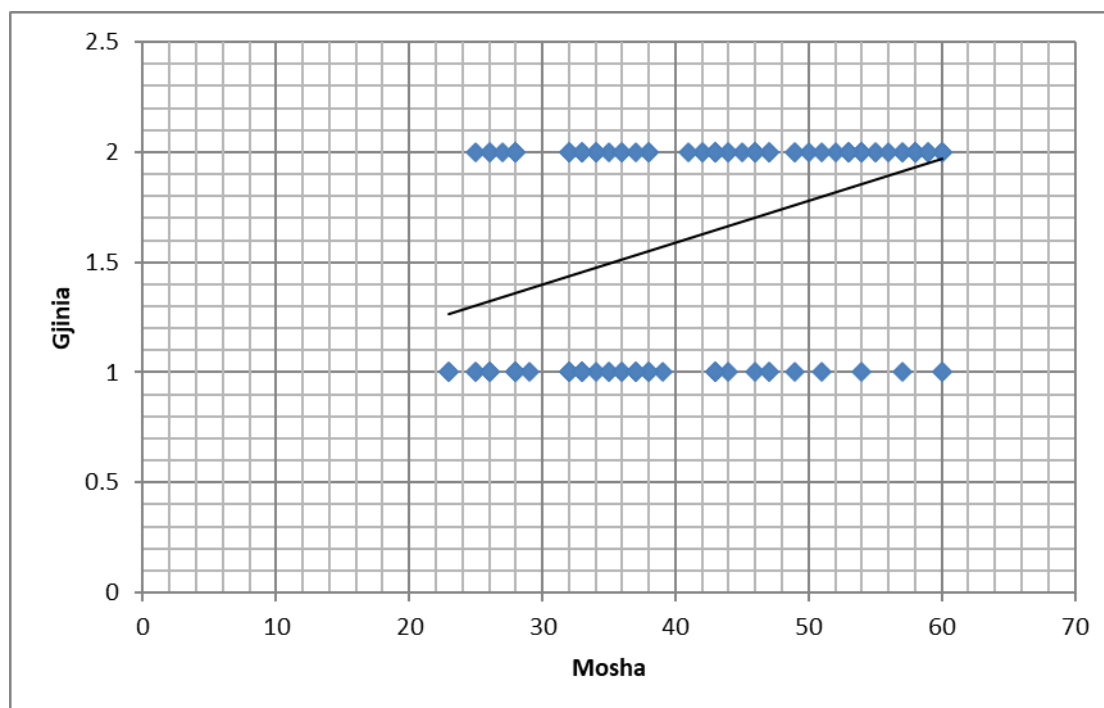
ANOVA

	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>
Regression	1	8.221782255	8.221782255	47.14663849
Residual	158	27.55321775	0.174387454	
Total	159	35.775		

	<i>Coefficients</i>	<i>Standard Error</i>	<i>t Stat</i>	<i>P-value</i>
Intercept	0.801371405	0.129685575	6.179341091	5.25006E-09
Gjinia	0.020339618	0.002962221	6.866340982	1.42E-10

Verehet korrelacion I forte statistikisht I rendesishem ndermjet moshes dhe gjinise se individeve te marre ne studim(Spearmanrho=0.47 ,p<0.01)

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne



Regresioni linear $R^2=0.1968$

t-Test

Regression Statistics

Multiple R	0.532138302	r=0.53
R Square	0.283171173	
Adjusted R Square	0.278634282	
Standard Error	1.580761308	
Observations	160	

ANOVA

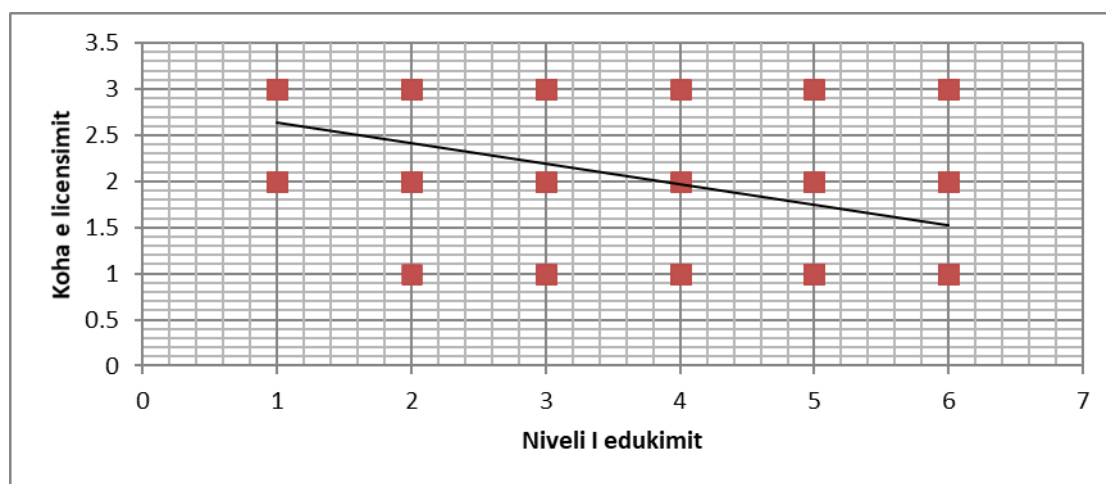
	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>Significance F</i>
Regression	1	155.9636028	155.9636028	62.4152428	4.4371E-13
Residual	158	394.8113972	2.498806312		
Total	159	550.775			

	<i>Coefficients</i>	<i>Standard Error</i>	<i>t Stat</i>	<i>P-value</i>	<i>Lower 95%</i>	<i>Upper 95%</i>	<i>Lower 95.0%</i>	<i>Upper 95.0%</i>
--	---------------------	-----------------------	---------------	----------------	------------------	------------------	--------------------	--------------------

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

								95.0 %
Intercept	5.94588	0.3589470	16.564	2.2839	5.236928	6.6548	5.236	6.654
Niveli i edukimit	-	-	-	-	-	-	-	-
edukimit	1.24733	0.1578838	7.9003	4.4371	1.559169	0.9354	1.559	0.935
mit	4622	27	31819	E-13	711	99532	17	5

Verehet korrelacion I forte statistikisht I rëndesishem ndermjet nivelit te edukimit dhe kohes se licensimit si infermiere te marre ne studim (Spearmanrho=0.53 ,p<0.001)



Regresioni linear $R^2=0.24523$

5. DISKUTIM

Menxhimi dhe kujdesi infermieror eshte nje process i rendesishem qe angazhon ofruesit e kujdesit shendetesor vecanarisht infermieret qe gjate ofrimit te kujdesit vecanarisht perqendrimi i tyre te jete ne pacientin dhe familjaret e tij. Personat me semundje kronike te veshkave kerkojne shpeshhere biseda paraprake ne lidhje me planifikimin e kujdesit per shkak te semundshmerise dhe uljes se jetegjatesise nga keto semundje. Shqyrtimi i literatures nxjerr ne pah se sa e rendesishme eshte perfshirja e mendimit te pacientit dhe familjareve ne procesin e kujdesit dhe faktoret e mundshem qe ndikojne ne angazhimin e infermiereve te nefrologjise ne ofrimin e ketij kujdesi.

Ka nje sere udhezimesh dhe rekomandimesh qe lidhen me kujdesin infermieror ne keto semundje dhe cilesine ne fund te jes per keta paciente dhe rendesia e planifikimit perpara te kujdesit ne menyre qe tu vije ne ndihme infermiereve te nefrologjise. (3)

Ne literature jane botuar nje numer i konsiderueshem botimesh qe nxjerrin ne pah rolin e infermieres se nefrologjise ne procesin e kujdesit. Duke qene se numri i personave me semundje kronike renale eshte ne rritje atehere eshte e nevojshme gjithnje e me shume qe ti vihet rendesi rolit te infermires ne ofrimin e kujdesit ndaj ketyre pacienteve dhe sigurimi i nje niveli te larte kujdesi ne fundin e jetes. (111)

Planifikimi i kujdesit eshte nje process i rendesishem qe lidhet se pari me njohurite e infermieres rreth ketij procesi, implementimit te ketyre njohurive, diskutime te vazhdueshme, komunikim ndermjet ofruesve te kujdesit shendetesor pacientit familjareve per te arritur ne identifikimin e vlerave, trajtimit qellimit dhe kujdesit ne fund te jetes.

(116)

Edhe pse infermieret kane aftesi per tu angazhuar ne kujdesin paraprak ne pergjithsi infermieret kane veshtiresi ne implementimin e kujdesit ne fundin e jetes per shkak se ato gjenden midis pacientit familjes mjekut dhe mjedisit ku ato punojne. (72)

Pa mbeshtetjen e duhur nga lidhshipi ne ofrimin e kujdesit ne fundin e jetes infermiret perjetojne stress, ankth dhe mungese vetebesimi. (72)

Gjithashtu problemet dhe pengesat ne vendin e punes ndikojne ne aftesine e tyre per te siguruar kujdesin e duhur ne keta paciente vecanarisht ne fundin e jetes se tyre (46). Roli i infermieres eshte nje aspect mjaft i rendesishem ne sherbimin shendetesor. Shume vende si Danimarka, Polonia Anglia, Hollanda po perdorin masivisht sherbimin infermieror krahas atij mjeksor. (86).

Infermieret mund te kujdesen per pacientet me problem te lehta shendetesore si psh ne Angli dhe Suedi mund te pershkruajne ne menyre te limituar perdorimin disa ilaceve. (86).

Infermieret po perfshihen gjithashtu ne kordinimin e rruges qe duhet te ndjekin pacientet me semundje kronike si psh ne Belgjike, Angli, Danimarkë, Suedi. (86).

Ne disa vende po zhvillohen klinika te drejtuara nga infermieret te cilat po perdoren si nje metode laternative per pacientet te cilet kane nevojë per nje sherbim pas nje faze acute te semundjes. (86).

Variablet kategorike

- Gjinia
- Grupmosha
- Niveli i edukimit
- Vendbanimi

- Kohezgjatja si infermiere të nefrologjisë

Te dhenat sociodemografike

Ne kete studim u intervistuan gjithsej 160 infermiere ne disa spitale rajonale te vendit.

Gjinia:102 individe ose 63.75 % e individeve qe moren pjese ne kete studim ishin femra kundrejt 58 individe ose 36.25 % ishin meshkuj.Te dhenat ne lidhje me gjinine variojne ne studime te ndryshme ku vihet re qe numri me I madh I infermiereve eshte femra kundrejt atyre meshkuj megjithse po vihet re nje rritje e numrit qe meshkujve qe zgjedhin ta ushtrojne kete profesion.

Mosha mesatare e femrave eshte 37.22 ± 18.5 vjec kurse mosha mesatare e meshkujve eshte 45.01 ± 14.09 vjec. (129)

Mosha:Mosha mesatare e populates ne studim eshte 41.52 ± 12.63 vjec ku mosha varionte nga 23 ne 60 vjec.Vihet re qe ka mbizoterim te grupmoshes 25-29 vjec dhe 30-34 vjec me 25 individe.Studime te tjera kane raportuar ne 2004 ishte 46.8 vjec,ne 2008 ishte 47 vjec kurse ne 2013 ishte 50,06 vjec.(4)

Në grupmoshën 20-24 vjeç 0 (0.00%) individe janë femra dhe 3 (5.22%) individe meshkuj;

Në grupmoshën 25-29 vjeç 10 (9.8%) individe janë femra dhe 15 (25.886%) individe meshkuj

Në grupmoshën 30-34 vjeç 11 (10.7%) individe janë femra dhe 14 (24.13%) individe meshkuj

Në grupmoshën 35-39 vjeç 7 (6.86%) individe janë femra dhe 12 (20.68%) individe meshkuj

Në grupmoshën 40-44 vjeç 14 (13.72%) individe janë femra dhe 6 (10.34%) individe meshkuj

Në grupmoshën 45-49 vjeç 17 (16.66%) individe janë femra dhe 4 (6.89%) individe meshkuj

Në grupmoshën 50-54 vjeç 18 (17.64%) individe janë femra dhe 2 (3.44%) individe meshkuj

Në grupmoshën 55-59 vjeç 18 (17.64%) individe janë femra dhe 1 (1.72%) individe meshkuj

Në grupmoshën ≥ 60 vjeç 7 (6.98%) individe janë femra dhe 1 (1.72%) individe meshkuj

Ne studim nuk kemi ndryshim statistikisht te rendesihem ndermjet individeve te grupmoshave te ndryshme me $p=0.01$.

Niveli i edukimit:Sa i perket nivelit te edukimit ne infermieret e intervistuar u vu re qe mbizoteronit personat me master .

Në bazë të shpërndarjes së nivelit të edukimit kemi këto rezultate:

E mesme mjeksore 40 individë ose 25 %.

Bachelor 58 individë ose 36 %.

Master 62 individe ose 39 %.

Vëret mbizoterimi i individëve me master 62 individe (39 %) kundrejt atyre me të mesme mjekësore apo Bachelor.

Në studim mbizoterojnë individët me master me ndryshim statistikisht të rendësishëm me nivelet e tjera të arsimit($p<0.05$)

Gjetje të ngjashme raportohen dhe në një studim tjetër në të cilin infermieret kishin pothuaj të njëjtin nivel edukimi perkatësisht bachelor (38.1 %) dhe master (41.2 %). ().

Përveç të dhënave sociodemografike janë mbledhur dhe të dhëna mbi:

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

- Trajnimet dhe pjesmarrjen e infermirëve në ëorkshope apo konferenca
- Nëse jane anëtare të ndonjë shoqate mjeksore
- Sa vite pervojë pune kishin në nefrologji
- A jane certifikuar si infermirë të nefrologjisë
- Nëse janë trajnuar apo certifikuar jashtë vëndit
- Sa kohë shpenzojnë me pacientin në kuader të trajtimit dhe të vlersimit apo implementimit të kujdesit infermieror.
- Cilat janë ndërhyrjet bazë që bejnë në trajtimin e pacientëve me sëmundje renale?
- Sa të rëndesishëm e vlersojnë edukimin shendetësor të pacientit si një factor bazë në mbarëvajtjen e procesit të sëmundjes?

Sa i përket trajnimeve dhe certifikimeve jashtë territorit shqiptar ne lidhje me menaxhimin infermieror si perfundim 45 individë ose 28 % I disponojne keto trajnime dhe certifikime kunderjt 115 individë ose 72 % qe nuk I disponojnë këto trajnime apo certifikime.Nuk ka ndryshim statistikisht të përfillshëm ndermjet këtyre dy variableve($p=0.01$).Gjetje të tilla të ngjashme në lidhje me studimin dhe certifikimin në lidhje me menaxhimin infermieror raportohen nga një studim tjetër në të cilin 40 % e infermiereve ndjenin se nuk kishin marrë një trajnim të mjaftueshem për të trajtuar këta paciente.(97)

Sa i përket shperndarjes se baze te vlersimit nese kane punuar si infermiere te nefrologjise nxjerrim keto rezultate;97 individe ose 61 % kane punuar si infermiere te nefrologjise kundrejt 63 individe ose 39 % qe nuk kane punuar asnjeher si infermier te nefrologjise.:

Në bazë të shpërndarjes së kohës që shpenzon infermiera në trajtimin e pacientëve që kanë probleme nefrologjike nxjerrim këto rezultate:

Hemodializë 19.3 ose 20 %.

Dialize peritoneale 12.57 ose 13 %

Menaxhimi i sëmundjeve kronike të veshkave 19.03 ose 20 %

Terapia e vazhdueshme e zëvendesimit renal 7.1 ose 8 %

Kujdesi akut 22.55 ose 21 %.

Nefrologjia e përgjithshme 14 ose 15 %.(21)

Në bazë të kohës që shpenzon infermiera në trajtimin e pacientëve të grupmoshave të ndryshme kemi këto rezultate:

0-11 vjec 17,7 ose 14 % e kohës së shpenzuar

11-21 vjec 15.95 ose 12 % e kohës së shpenzuar

22-64 vjec 40.3 ose 31 % e kohës së shpenzuar.

65-79 vjec 36.75 ose 28 % e kohës së shpenzuar.

>80 vjec 19.8 ose 15 % e kohës së shpenzuar.(.)

Në bazë të shpërndarjes së kohës që shpenzon infermiera në trajtimin e pacientëve të nefrologjisë në fusha të ndryshme kemi këto rezultate:

Kujdesi direct I pacientit 41.04 ose 27 % të kohës së shpenzuar

Menaxhimi I rasteve 17.15 ose 11 % e kohës së shpenzuar

Menaxhimi I cilësise 21.05 ose 14 % e kohës së shpenzuar

Edukimi 26.8 ose 18 % e kohës së shpenzuar

Administrimi 7.43 ose 5 % e kohës së shpenzuar

Konsultimi 37.5 ose 25 % e kohës së shpenzuar.(106).

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Në bazë të shpërndarjes së kohës së shpenzuar në trajtimet si infermier i nefrologjisë nxjerrim këto rezultate nga tabela:

Sëmundjet acute të veshkave 50.1 ose 48 % e kohës së shpenzuar

Sëmundjet kronike të veshkave stadi 1, 7.5 ose 7 % të kohës së shpenzuar.

Sëmundjet kronike të veshkave stadi 2, 7.1 ose 7% e kohës së shpenzuar

Sëmundjet kronike të veshkave stadi 3, 6.4 ose 6% të kohës së shpenzuar.

Sëmundjet kronike të veshkave stadi 4, 6.5 ose 6 % të kohës së shpenzuar

Sëmundjet kronike të veshkave stadi I 5 pa terapi renale zëvendësuese 6.7 ose 6 % e kohës së shpenzuar.

Sëmundjet kronike të veshkave stadi I 5 me terapi renale zëvendësuese 7.55 ose 7 % e kohës së shpenzuar.

Nefrologjia e përgjithshme 13.05 ose 13 % e kohës së shpenzuar. (82)

Sa i perket kontaktit me infermeret e tjere Brenda dhe jashte vendit nxjerrim se 37 individë ose 23 % e tyre janë në kontakt me infermieret brenda dhe jashtë vendit në krijimin e një grupi konsultimi për menaxhimin e rasteve të ndryshme kundrejt 123 individe ose 77 % e tyre që nuk janë në kontakt me infermieret brenda dhe jashtë vendit me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p < 0.05$).

Verehet korrelacion I forte statistikisht I rëndësishëm ndërmjet moshës dhe gjinisë së individeve të marre në studim (Spearmanrho=0.47, $p < 0.01$)

Verehet korrelacion I forte statistikisht I rëndësishëm ndërmjet nivelit të edukimit dhe kohës së licensimit si infermiere të marre në studim (Spearmanrho=0.53, $p < 0.001$).

6. KONKLUZIONE

- Ne këtë studim u intervistuan gjithsej 160 individë. Moshë mesatare e popullatës në studim ishte 41.5 ± 12.63 vjeç ku moshë variojnë nga 21-60 vjeç.
- 63.75 % e rasteve të përfshira në studim ishin femra me moshë mesatare 45.01 ± 14.09 vjeç, kurse 36.25 % ishin meshkuj me moshë mesatare 37.22 ± 18.5 vjeç.
- Në studim mbizoterojnë pacientë e grupmoshës 50-54 vjeç dhe 55-59 vjeç me 17.64 % të rasteve kundrejt grupmoshës 35-39 vjeç dhe ≥ 60 vjeç me 6.98 % të rasteve.
- Vërehet një mbizotërimi i individëve në qytetin e Fierit me 32 individë (20 %) të përgjigjur kundrejt individëve në qytete të tjera. Në studim mbizoterojnë individët në qytetin e Fierit me 20 % të totalit me ndryshim statistikisht të rëndësishëm ndërmjet tyre ($p < 0.05$)
- Vërehet mbizotërimi i individëve me 4-7 vite si infermiere të licensuara, gjithsej 38 individë (23.75 %) kundrejt individëve të tjerë me kohezgjatje më pak si infermiere e licensuar me deviacion standart 30.36.
- Vëret mbizotërimi i individëve me master 62 individë (39 %) kundrejt atyre me të mesme mjekësore apo Bachelor. Në studim mbizoterojnë individët me master me ndryshim statistikisht të rëndësishëm me nivelet e tjera të arsimit ($p < 0.05$)
- Nga të dhënat nxjerrim që 115 (72 %) e individëve nuk disponojnë trajnime dhe certifikime jashtë territorit shqiptar kundrejt 45 (28%) që disponojnë trajnime dhe certifikime jashtë territorit shqiptar pa ndryshim statistikisht të përfillshëm ndërmjet tyre ($p = 0.01$)
- Nga tabela nxjerrim që 43 (26.88 %) e individëve disponojnë trajnime në lidhje me kujdesin infermieror të vazhdueshëm kundrejt 117 (73.13%) të individëve që nuk e disponojnë këtë trajnim.
- Në bazë të shpërndarjes së kohës që shpenzon infermiera në trajtimin e pacientëve që kanë probleme nefrologjike nxjerrim që kohën më të madhe e shpenzon për kujdesin akut 21 % të kohës.
- Në bazë të kohës që shpenzon infermiera në trajtimin e pacientëve të grupmoshave të ndryshme nxjerrim që kohën më të madhe e shpenzon me grupmoshën 22-64 vjeç 31 %.
- Në bazë të shpërndarjes së kohës që shpenzon infermiera në trajtimin e pacientëve të nefrologjisë në fusha të tilla nxjerrim që kohën më të madhe e shpenzon në kujdesin direkt të pacientit dhe konsultimin në lidhje me menaxhimin dhe mbarevajtjen e sëmundjes dhe prognozën e saj 41.04 %.
- Në bazë të shpërndarjes si infermier i nefrologjisë nxjerrim këto të dhëna 104 ose 65 % e individëve kanë certifikime si infermier i nefrologjisë kundrejt 54 ose 35 % e individëve nuk kanë certifikime si infermier i nefrologjisë.
- Sa i përket kontaktit me infermieret brenda dhe jashtë vendit nxjerrim se 37 individë ose 23 % e tyre janë në kontakt me infermieret brenda dhe jashtë vendit në krijimin e një grupi konsultimi për menaxhimin e rasteve të ndryshme kundrejt 123 individëve ose 77 % e tyre që nuk janë në kontakt me infermieret brenda dhe jashtë vendit.
- Mbi 40 % e infermiereve ndienin se nuk kishin trajnimin e nevojshëm në mënyrë që të mbeshtesnin ata pacientë të cilët janë në fazën terminale

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

- Aftesitë e infermierit jane integrale në menaxhimin e pacientit si pjesë e një qasje shumedisiplinare
- Roli I infermierit është shumë I rëndesishëm në vlersimin dhe monitorimin e pacientëve dhe në edukimin shëndetësor të tyre si ne spital ashtu dhe pas daljes nga spitali

7. REKOMANDIME

Infermieret luajne një rol shumë të rëndësishëm ne ekipin multidisiplinar të trajtimit te pacientit dhe sit ë tilla ato perballen me një sërë sfidash te ndryshme.

- Infermieret vazhdojne akoma te mbeten te diskriminuara gjë që vihet re qofte në page apo ne mbrotjen e të drejatve të tyre prandaj është shume e rëndësishme kompensimi I punes së tyre për të siguruar një motivim sa me të lartë dhe si pasojë dhe një sigurim sa më të mirë të kujdesit ndaj pacientëve.
- Një tjetër problem më të cilët hasen infermiret jane problemet në vëndin e punes te tilla si lëndime, kanosje nga ana e familjareve, perballja me agjentë patogjenë, Eshtë e rëndësishme rritja e sigurise dhe sigurimi I kushteve sa më të mira në vendin e e punës.
- Si pasojë e rritjes së kosos së kujdesit shëndetësor ka një mungese të plotë të stafit për përballimin e pacienteve dhe si e tillë infermieret perballen me stress dhe me pune përtej normes ku ne bote në fakt nje infermiere mesatarisht kujdeset për 4 individe.
- Probleme të tilla ne vendin e punës te tilla si mungesa e aparaturave, përdorimi I teknologjive të reja ndikojnë në dhëniën e kujdesit nga ana e infermireve sidomos në edukimin shendetësor të pacientit.
- Shpesh infermieret detyrohen të bëjnë punën ë psikologes, punonjësës sociale, dietologes dhe kjo sjell nje mbingarkese fizike dhe mendore të infermieres prandaj eshte e rëndësishme implementimi I politikave shëndetësore ne meyre që të reduktohen disa pergjigjësi qe në fakt nuk I takojnë satfit infermieror.
- Krijimi I një ambjenti të posacem për të diskutuar në lidhje me problematikën e të semureve nga ana e stafit infermieror.
- Krijimi I një database të dhenash të pacienteve duke qënë se sëmundjet renale jane kronike dhe paciënte shtrohen herë pas here gjë që do të lëhtësonte pune e infermires.
- Ndryshimet në kurrikulen arsimore në lidhje më bazën ë njohurive që marrin infermiret dhe rëndesia të vihet me shume ne procesin e kujdesit infermieror dhe hallkat e tij.
- Organizmi I trajnimeve të ndryshme brënda dhe jashtë vëndit ne menyre që infermiret te jenë të informuara sa më shume dhe me zbulimet e reja apo metodat më bashkëkohore të nderhyrjes infermireore.
- Ne universitetet mjeksore duhet bërë një ndryshim në kurrikul në mënyrë që infermieret të marrin nje specializim ne fusha të ndryshme dhe jo nje speializim të përgjithshem master në mënyrë që nderhyrja të jetë sa më efikase dhe sa më në sherbim të pacientit.
- Eshtë e rëndësishme hartimi I strategjive të mirefillta dhe implemetimi I politikave shëndetësore në dobi të rritjes së rolit të infermires eleminimit të barrirave re cilat demtojne ofrimin e kujdesit shëndetësor.
- Implementimi I politikave shendetesore të cilat të sigurojne nje trajnim brënda dhe jashtë vendit në mënyrë që të rriten njohurite e tyre dhe të përshtaten me njohuritë që kanë koleget etyre në vendet perendimore.
- Ngritja lart e dinjitetit të tyre, vlersimi I tyre si një pjesë e rëndësishme e një stafi multidisiplinar.

8. DEFINICIONI I INFERMIERES SE NEFROLOGJISE

Infermiera e nefrologjisë është një specialitet praktik që I adresohet mbrojtjes promovimit dhe optimizimit të shëndetit të individëve me sëmundje të veshkave. Keto qellime arrihen përmes parandalimit dhe trajtimit të sëmundjes, zbutjes së vuajtjes së pacientit familjes dhe komunitetit.

Komponentet e fushës së praktikës:

- Vlersimi I infermieres së nefrologjisë
- Procesi I infermierimit në nefrologji
- Zonat e praktikës
- Edukimi
- Zhvillimi profesional
- Politikat shëndëtesore
- Cështjet praktike
- Prirjet dhe mundësitë
- E ardhmja e infermierisë nefrologjike

Standartet në praktikën e nefrologjisë:

- Dhënia e detyrave që të gjithë infermieret e nefrologjisë duhet të kryejnë me kompetencë dhe përpikmëri
- Standartet shërbejnë për të vlersuar cilësinë e shërbimit të dhënë ndaj pacientit
- Standartet janë subjekte që mund të ndryshohen me dinamikën e profesionit të infermierit praktikës infermiere si dhe rregullores lokale apo shtetërore.
- Përveç kësaj kushtet specifike dhe rrethanat klinike mund të ndikojnë në zbatimin e standarteve në një kohë të caktuar psh gjatë një katastrofe natyrore
- Standartet janë subjekte formale periodike të shqyrtueshme dhe të rishikueshme.

Standartet 2011:

Standartet e praktikës:

- Vlersimi
- Diagnoza
- Rezultatet identifikuese
- Planifikimi
- Zbatimi
- Kordinimi I kujdesit
- Promovimi I shëndetit
- Konsultimi
- Trajtimi
- Vlersimi

Standartet e performances profesionale:

- Etika
- Edukimi
- Praktika e bazuar në evidence dhe kërkim
- Cilësia e praktikës
- Komunikimi
- Lidërshipi
- Bashkëpunimi
- Vlersimi profesional praktik
- Shfrytëzimi I burimeve
- Shëndeti mjedisor

(21).

Praktika e avancuar e infermiereve të licensuara:

Infermieret e lincensuar me një praktike të avancuar të specializuar në nefrologji:

- Vlersojnë rrishtun dhe rrisqet potenciale të sëmundjeve të veshkës në individë familje dhe komunitet
- Iniciojnë dhe interpretojnë testet diagnostikuese dhe procedurat e lidhura me statusin aktual të perdoruesve shëndetësor
- Vlersojnë efektin e bashkeveprimit ndërmjet individëve familjes komunitetit dhe sistemin social mbi shëndetin dhe sëmundjen.

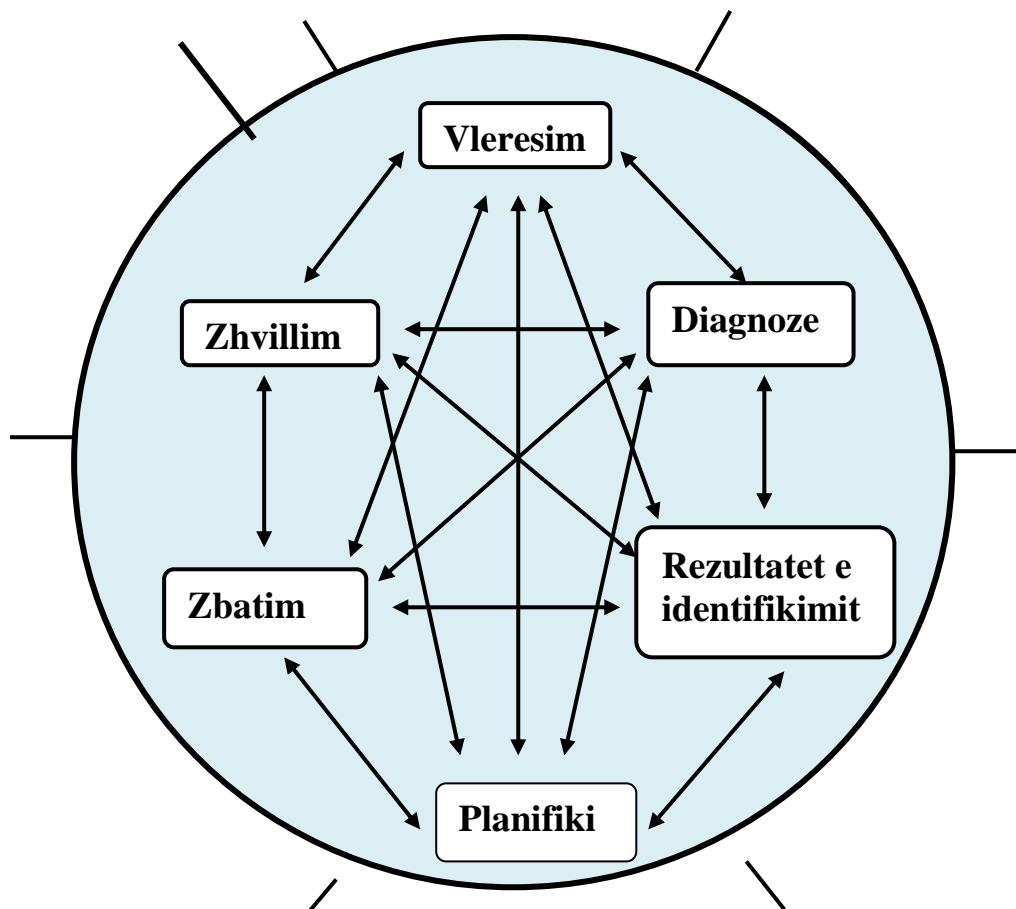
Procesi infermieror dhe standartet infermiere në nefrologji:

- Infermieret e nefrologjisë perdorin procesin infermieror në ofrimin e kujdesit për pacientët me semundje të veshkës
- Procesi infermieror është I perbërë nga vlersimi diagnoza identifikimi I rezultateve planifikimi implementimi dhe vlersimi.
- Cdo fazë e procesit infermieror ndervepron dhe ndikohet nga faza pasardhese.

(137)

8.1 Procesi infermieror dhe standartet infermiere ne nefrologji:

Standartet e praktikës



Standartet e performances profesionale

Grafiku 1.5 2 Procesi infermieror dhe standartet e praktikës profesionale infermiere.

(21)

Kompetencat e infermiereve të nefrologjisë:

- Nje infermiere nefrologjike e licensuar ndikon pozitivisht në faktoret që lehtësojnë dhe rrisin kompetencën praktike
- Niveli I prituri I performancës reflekton ndryshueshmëri në varesi të kontekstit dhe të zgjedhjes së kuadrit të kompetencës.

Perdorimi I standarteve dhe proceseve:

- Cilësia e permisimit të sistemit
- Politikat, procedurat, protokollet
- Përshkrimi I pozicionit dhe vlersimi i performancës
- Programet edukuese, trajnimi i stafit
- Edukimi I pacientit
- Mjetet e vlersimit të rezultateve
- Sistemet rregullatore
- Hululumet nga infermieret e nefrologjisë (107)

Standartet e performancës profesionale

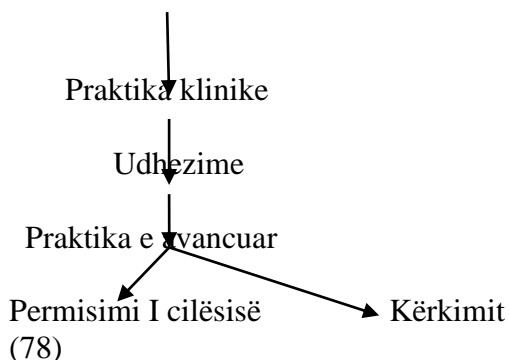
- Cilësia e kujdesit
- Vlersimi I performancës
- Edukimi
- Etika
- Bashkepunimi
- Kerkimi shkencor
- Shfrytëzimi I burimeve
- Lidërshipi (22,23)

Suporti I administrimit:

- Filozofia dhe praktika
- Lidërshipi
- Infrastruktura
- Komunikimi

Standartet e praktikës klinike:

- Vlersimi
- Diagnoza
- Identifikimi I rezultateve
- Planifikimi
- Implementimi
- Vlersimi



Rezultatet e pacientit:

- Rezultatet klinike
- Siguria
- Rehabilitimi
- Kenaqësia me kujdesin e ofruar

Rezultatet e infermieres:

- Kenaqësi
- Siguri
- Zhvillim profesional
- Arritje

(55)

Standarti 1 i vlerësimit:

- Krijo një sinteze mes të dhënave informacionit dhe njohurive të lidhura me situatat për të identifikuar modelet dhe mosperputhjet
- Perdor udhëzime dhe politika etike legale dhe private për të mbledhur mirembajtur perdorur dhe ndare të dhënat dhe informacionet
- Njih një përdorues të sistemit shëndetësor dhe krijo mardhenie.
- Dokumentat e të dhënave përkatese në një format të kthyeshem.

(55)

Planifikimi, Kompetencat.

Infermieria nefrologjike e licensuar:

- Zhvillon një plan individual në bashkëpunim me ekipin interdisiplinar që vendos qellime dhe priorite për kujdesin duke marrë parasysh karakteristikat e perdoruesit shëndetësor
- Perfshin dhe implementon rrugë ose afate kohore në kuader të planit.
- Vendos plane prioritare me konsumatorin e kujdesit shëndetësor familjen stafin interdisiplinar dhe të tjerë.
- Perfshin strategji në plan që adresojne gjithësecilin në identifikimin e diagnozes ose rezultateve. Këto strategji perfshijnë strategjitë për:
 - Promovimin dhe rikthimin e shendetit
 - Parandalimin e sëmundjes apo të lendimit
 - Lëhtësimin e vuajtjes
 - Kujdesi suportues për ata që janë drejt vdekjes
- Perfshin strategji të kujdesit për shendetin dhe plotesi gjatë gjithë jetës
- Sigurim të vazhdimësisë së planit
- Marrja në konsideratë I impaktit ekonomik të planit në konsumatorin e kujdesit shendetësor familje dhënësit e kujdesit dhe pjesët e tjera të prekura
- Perfshirja e të dhënave të vazhdueshme shkencore kërkimeve dhe tendencave
- Perdorimi I planit për të siguruar drejtimin e anëtarëve të tjerë të skuadres së kujdesit shëndetësor
- Definimi I planit për të reflektuar praktikat me të mira statutet rregullat rregulloren dhe standartet
- Modifikimi I planit sipas vlersimit të vazhdueshem të konsumatorit të kujdesit shëndetësor pergjegjes dhe rezultateve të tjera treguese
- Dokumento planin në një menyre që të perdoret një gjuhë e standartizuar ose terminologji të njohur.

(22,23)

Vlersimi, Kompetencat.

Infermieria nefrologjike e licensuar:

- Siguron vlersime gjithpërfshirëse të individualizuara të konsumatorit të kujdesit shëndetësor dhe kujdesi I tyre ka nevojë për kontribuimin dhe vlersimin e një stafi interdisiplinar
- I permbahet rregullave në fuqi shtetërore dhe locale për kriteret e vlersimit dhe frekuencen e konsumatorit të kujdesit shëndetësor që kalon një terapi të zëvendësimit renal
- Mbledh të dhëna gjithpërfshirëse në një process sistematik dhe në vazhdim duke përfshirë personin por jo duke u limituar, prezantimin actual dhe gjendjen shëndetësore duke përfshirë dhe faktorët e rrishtit
- Vlersimi I nivelit funksional në masën e nevojshme për të përcaktuar nëse konsumatori I kujdesit shëndetësor është një kandidat për të referuar më tej për një vlersim dhe shërbim të mundshëm rehabilitues.,

(20)

Procesi I kujdesit nga infermieret e nefrologjisë:

Udhëzimet:

- Udhëzimet janë deklarata të zhvilluara në mënyrë sistematike që kanë një potencial për permisimin e cilesisë së vendimarrjes klinike të konsumatorit të kujdesit shëndetësor
- Ato janë të bazuara në deshmi shkencore të disponueshme, ekspertiza klinike dhe opinione ekspertësh
- Udhëzimet u adresohen pacienteve specifike të popullatës ose fenomeneve ku standartet kanë qe kane një kornize të gjërë veprimi praktik.

(80)

Procesi I kujdesit:

- Rezultatet e pacientëve
- Kujdesi infermieror nefrologjik
 - Vlersimin
 - Ndërhyrjen
 - Edukimin e pacientit

Praktikat e avancuara të kujdesit infermieror

Temat:

- Fazat e insuficiences renale kronike 1-4
- Kujdesi infermieror nefrologjik
- Kontrolli I infeksionit
- Hemodializa
- Dializa peritoneale
- Vetëkujdesi dhe dializa në shtëpi
- Terapia e vazhdueshme e zëvendësimit renal
- Kujdesi paliativ dhe fundi I jetës

Procesi infermieror

Kontrolli I infeksionit

Rezultatet e pacientit:

- Pacienti nuk do të ketë më shenja dhe simptomat të lidhura me infeksionin e lokalizuar ose sepsisin
- Rrishtu I pacientit për kolonizimin e bakteve ose infektimin si pasojë e një organizmi rezistent ndaj medikamenteve do të reduktohet.

(24)

Kujdesi infermieror

Vlersimi

- Identifikimi I faktorëve në mjedisin e pacientin, menyra e jetesës, praktikat shendetësore dhe gjëndjet komorbide që mund të rrisin rrezikun për infektim
- Vlersimi I higjenes personale te pacientit
- Vlersimi I shenjave dhe simptomave të infeksionit:
 - Hipertermia me ose pa ethe
 - Ngrohtesi, enjtje, butesi, kullim, eriteme
 - Hypotension ose paqëndrueshmeri hemodinamike
 - Takikardi
 - Lodhje dhe dobësi e përgjithshme
 - Djersitje naten
 - Konfuzion
- Monitorimi i sensitivitetin, rruazat e bardha të gjakut dhe indikatorët e statusit nutritional (albumina, proteina totale)

(125)

Ndërhyrja:

- Marrja e analizave laboratorike dhe e kulturës në bazë të urdhërit të mjekut
 - A. Marrja e kulturës para fillimit të antibiotikoterapisë
 - 1.Kultura e gjakut
 - 2.kulturen eksudat kur është I pranishëm

Edukimi I pacientit dhe familjes:

Para se edukimi shëndetësor të fillojë konsultohuni me një literaturë mjeksore dhe veconi qasjen duke marrë në konsideratë besimet shëndetësore dhe kulturore të pacientit dhe të familjes, preferencat dhe dëshirat

- Rishiko efektet e sëmundjeve kronike të veshkave dhe terapinë zëvendësuese renale për të parë ndikimin që ka në shëndetin mendor
- Eduko aftesi që rrisin vetëmenaxhimin
- Eduko dhe perforce komunikimin dhe teknikat e zgjidhjes së problemit
- Pershkruaj stadet e adaptimit me një sëmundje kronike
- Diskuto impaktin emocional të procesit të sëmundjes dhe të kronicizimit të sëmundjes

(10,124).

Kujdesi infermieror në praktikën e avancuar:

Vlersimi

- Interpreto rezultatet e studimeve diagnostike (testet laboratorike, EKG, ekokardiograme, funksioni residual I veshkës,
- Shqyrto efektet e menaxhimin të likideve në anemi, albuminën serum.
- Monitoro respektimin e planit të trajtimit nga ana e pacientit
- Monitoro pergjigjen e pacientit ndaj planit të trajtimit

Procesi infermieror nefrologjik, Hemodializa

Kompetencat

Rezultatet e pacientit

- Pacienti do te demostroje njohurite mbi hemodialiizen dhe rendesine e dozës së caktuar të dializes
- Pacienti do te demostroje zbatim te recetes se hemodializes

- Niveli I funksionimit të pacientit do të ruhet ose do të përmisohet
- Pacienti do të përshkruaje një kualitet të kënaqshëm jete.

Vlersimi infermieror në pacientet me transpalant renal, biopsia post renale:

Pas biopsies vlersohet për:

- Hemorragji, enjtje, hematoma
- Pulsu periferik
- Hematuri
- Shenjat vitale

(44)

Infermieret e nefrologjisë janë të specializuar posacërisht për të siguruar kujdes tek pacientët me sëmundje të veshkave apo funksion jonormal të tyre. Një nga detyrat më të rëndësishme të infermiereve të nefrologjisë është asistimi i pacientit gjatë dializes process në të cilin toksinat dhe uji i tepërt që normalisht duhet të eliminoheshin nga një veshkë e shëndetshme eliminohen artificilaisht nga gjaku. Infermieret e nefrologjisë implementojne plane trajtimi për pacientët me sëmundje të veshkave si dhe parandalimin e tyre. Për arsye se një nga faktprët madhore që sjell këto sëmundje është diabeti atëherë infermieret e nefrologjisë kujdesin dhe informojne këta paccinte për rrezikun që i kanoset si dhe të jenë të kujdesshëm vecanarisht me dietën e tyre të ushqimit. Infermieret e nefrologjisë punojnë në shumë fusha duke përfshirë kujdesin akut, sëmundjet renale në stad të avancuar, në dialize, kujdesi në shtëpi, madje dhe në njësitet e transplantit.

Infermieret e nefrologjisë kujdesin gjithashtu dhe për parandalimin e sëmundjeve dhe vlersimin e nevojave shëndetësore të pacientit dhe familjareve. Infermieret e nefrologjisë duhet të jenë shumë të afta të mirearsimuara dhe të motivuara. Këto infermiere duhet gjithashtu që të njohin shumë mirë cdo organ dhe sistem të trupit në mënyrë që të bëjnë thirrje për një qasje gjithëpërfshirëse në kujdesin e pacientit.

Nxitur nga zhvillimet teknologjike dhe arsimore infermieret e nefrologjisë kanë mundësi të mëdha dhe të shumëllojshme për zhvillim të karrierës së tyre.

Rolet

Infermieret e nefrologjisë është e rëndësishme që të kenë një bazë njohurish të përbashkëta kujdesesh për moshën pediatrike, të rritur apo të geriatrike që vuajnë nga sëmundje të veshkave.

Rolet e infermieres së nefrologjisë përfshijnë:

- Staf i infermieror
- Infermieret e hemodializes dhe dializes peritoneale
- Infermiera menaxhuese
- Kordinuesi i transplantit
- Zyra e infermiereve
- Infermiera praktikionere
- Infermiera specialist klinike
- Infermiera kerkimore shkencore
- Menaxhimi i cilësisë
- Infermiera edukuese

Pergjegjesitë Infermiere përfshijnë:

- Infermiera si dhënëse e kujdesit
- Infermiera si vendimarrëse
- Infermiera si avokate e klientit

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

- Infermiera si menaxhuese dhe kordinuese
- Infermiera si komunikuese
- Infermiera si edukuese

Është e rëndësishme të theksohet se jo të gjithë pacientët me sëmundje të veshkave kërkon dializë ose transplantim; shumica e sëmundjeve që prekin veshkat janë të shërueshme dhe potencialisht në gjendje të kurohen dhe madje të shërohen. Disa pacientë mund të zgjedhë menaxhimin konservatore dhe kujdesin paliativ. Në këto raste, një nga rolet kryesore të infermiereve të nefrologjisë është për të edukuar pacientët në lidhje me sëmundjet e tyre, prognozë, dhe trajtimet.

Infermiera e nefrologjisë është një anëtare integrale e një ekipi multidisiplinar që kujdeset për pacientët me nevoja komplekse. Infermiera në këtë rast është avokate, edukatore, konsulente, kordinatore, dhënëse e kujdesit direct dhe mbikëqyrëse në kujdesin afatgjatë të pacientëve me sëmundje kronike. Si e tillë infermiera e nefrologjisë ka një impact pozitiv në cilësinë e jetës së pacienteve.

Mundesi të tjera që u ofrohen infermiereve të nefrologjisë përfshijnë:

- Arsimimin
- Menaxhimin
- Kërkimin shkencor
- Menaxhimin e rasteve
- Nefrologjia pediatrike
- Specializimi

Për të siguruar një kujdes optimal të përshtatur me nevojat e secilit pacient fushat e specializuara të infermiereve të nefrologjisë kanë evoluar së bashku me njohuritë dhe aftësitë e infermiereve. Këto aftësi kanë të bëjnë kryesisht më modalitetet e terapisë të tilla si:

- Hemodializa
- Dializa peritoneale
- Transplanti
- Terapia e vazhdueshme e zëvendësimit renal
- Menaxhimi konservativ

Kualifikimet

Përveç përgatitjes baze arsimore infermieret e nefrologjisë si infermiere profesionale të licensuara duhet që të kenë në nivel të përgjithshëm një bazë të caktuar të njohurive dhe demonstrime klinike në kujdesin e pacientëve me sëmundje të veshkave. Në nivel praktik të avancuar infermieret e nefrologjisë kanë një master ku specializohen si infermiere praktikionere ose si infermiere specialist klinike. (4)

Të gjitha infermieret e nefrologjisë duhet të kenë një bazë të përbashkët të njohurive të rëndësishme për të gjitha aspektet e kujdesit për paciente të rritur dhe të moshës pediatrike që vuajnë nga sëmundje të veshkave, Këto njohuri përfshijnë:

- Anatomi, fiziologji, fispatologji
- Aplikimi i procesit infermieror nga infermieret e nefrologjisë
- Njohja e diagnozës dhe trajtimi për pacientët që kërkojnë ndonjë metodë të terapise zëvendësuese renale
- Farmakologjia dhe Farmakoterapia
- Ushqyerja
- Rritja dhe zhvillimi
- Mesimdhënia

- Keshillimi
- Aftesite e ekipit nderdisiplinor
- Proceset e kerkimit
- Parimet e rehabilitimit.
- Kujdesi paliativ dhe konceptet qe lidhen me vdekjen.

Infermieret e nefrologjise si kordinatorë te kujdesit ndaj pacientit bashkëpunojnë me ofruesit e tjerë të kujdesit shendetësor dhe anëtarët e ekipit shëndetësor per te ofruar ne mënyrë sa më efektive kujdesin e kerkuar te pacientit.

Infermieria e nefrologjisë vepron sin je mesuese dhe avokate duke ndihmuar pacentin në kërkimin e informacionit,duke siguruar qe pacenti të ketë mundesi të informohet rreth mundesive të trajtimit dhe të promovojë ne nivel maksimal pavarsinë e pacientit .

Infermieria e nefrologjise merr pjesë në aktivitetet e zhvillimit professional duke përfshirë edukimin e vazhdueshëm.vlersimin e cilësise dhe përmisimin,shqyrtimin dhe aplikimin klinik të të dhenave të gjetura.

Edukimi ne vazhdim

Infermieret e nefrologjisë jane infermiere me arsim te specializuar dhe pervoje ne kujdesin ndaj pacientëve që jane me sëmundje të veshkave ose janë në rrezik për të zhvilluar këto sëmundje.Infermieret e nefrologjise vazhdimisht duhet ti rifreskojne shkollimin dhe njohuritë e tyre permes programeve te shumta,publikimeve dhe veprimtarive të vecanta.

8.2 Procesi i kujdesit infermieror

- I.Mbledhja e të dhënave dhe realizimi I takimit me pacientin dhe familjarët e tij
- II.Evidentimi I problemeve dhe përcaktimi I diagnozës infermiere
- III.Planifikimi I kujdesjeve dhe përcaktimi I objektivave
- IV.Zbatimi I veprimeve infermiere për të arritur objektivat
- V.Vlersimi I efikasitetit të veprimeve infermiere të ndërmarra (109)

Vlersimi

Infermieria e nefrologjisë jep një vlersim të plotë shëndetësor për pacientët me sëmundje renale e përshtatshme me praktikën infermiërore ne vazhdim

Infermieria e nefrologjisë e demonstron këtë standart sipas:

- vlersimin e pacientit dhe të familjes mbi të kuptuarit e sëmundjes kronike renale
- vlersimin e pacientit dhe të familjes mbi të kuptuarit e ndikimit të sëmundjes kronike renale
- Vlersimin e pacientit dhe gadishmerinë e familjes për të mësuar në lidhje me sëmundjen
- Vlersimin e aftësive të pacientit për vetekujdes,qëllimet shëndetësore dhe rezultatet e pritura
- Perdorimi I mjeteve dhe tekinkave të duhura për të intervistimin dhe mbledhjen e të dhenave nga pacienti
- Vlersimin e faktorëve të njohur të rrishtit per semundjet kronike të veshkave
- Sintetizimi I të dhënave ne mënyrë holistike për të kuptuar gjëndjen shëndetësore të pacientit dhe perceptimin e vetë pacientit në lidhje me shëndetin dhe objektivat për shëndetin
- Një vlersim fizik përfundimtar I pacientit me sëmundje kronike renale

Planifikimi

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Infermieri e nefrologjisë zhvillon një plan të duhur kujdesi sipas nivelit të sëmundjes kronike dhe në bazë të nevojave individuale të pacientit.

Infermiera e nefrologjisë e demonstron kete standart sipas:

- Bashkëpunon me pacientin dhe familjen për të kuptuar qëllimet dhe pritshmëritë e tyre
- Bashkëpunon dhe kordinon kujdesin me anëtarët e ekipit te kujdesit shëndetësor që e ndihmojnë pacientin dhe familjen në arritjen e rezultateve të pritshme
- Sigurimi I planit te kujdesit përfshin promovimin e shëndetit dhe strategjitë e parandalimit për të zvogluar dhe parandaluar sëmundjen
- Përfshirja e strategjive që promovojne pavarsinë autonominë, vetekujdesin
- Përfshirjen në praktikë te strategjive më të mira dhe rezultatet për menaxhimin e sëmundjeve kronike renale

(33)

Implementimi

Infermiera e nefrologjisë zbaton dhe kordinon planin e kujdesit për pacientët me sëmundje kronike renale.

Infermiera e nefrologjisë e demonstron kete standart sipas:

- Edukimin e pacientit dhe familjes ne lidhje me fazat e sëmundjes, trajtimet dhe praktikat më të mira
- Gjetja e burimeve për të ndihmuar pacientin dhe familjen në arritjen e një shëndeti optimal
- Kordinimi modifikimi dhe dokumentimi I planit të kujdesit
- Bashkëpunimi me anëtarët e ekipit nefrologjik dhe komunitetin
- Sigurimi I kujdesit

(36).

Vlersimi

Infermiera e nefrologjisë vazhdimisht vlerson kujdesin dhe rezultatet e pacientit me sëmundje të veshkave.

Infermiera e nefrologjisë e demonstron kete standart sipas:

- Krahasimi me pacientin dhe famijen e rezultateve të arritura
- Vlersimi I reagimit të pacientit ndaj ndërhyrjeve
- Dokumentimi I rezultateve të kujdeësit të pacientit me sëmundje kronike të veshkave dhe arritja e qëllimeve të shëndetit
- Rishikimi I planit të kujdesit për të përmbushur nevojat e vazhdueshme dhe ndryshimin e kujdesit shëndetësor qe nevojitet (109)

Bashkëpunimi

Infermiera e nefrologjise bashkëpunon me pacientin dhe të gjithë anëtarët e ekipit te kujdesit shëndetësor në vazhdimësi te ofrimit të kujdesit për popullatën me sëmundje renale.

Infermiera e nefrologjisë e demonstron kete standart sipas:

- sigurimin e shërbimeve consultative
- Inicimin e referimeve të nevojshme dhe konsultimin me profesionistët aleate të shëndetit organizatat dhe komunitetin për të arritur rezultatet e pritshme të planit te kujdesit për semundjet renale
- Kordinimi I kujdesit në konsultim me pacientin dhe ekipin multidisiplinar
- Marrja pjse ne grupe pune të formuara me qëllimi përmisimin e kujdesit per sëmundjet renale
- Shpërndarja e njohurive të infermiereve të nefrologjisë me ekipin për të promovuar persosmerinë në kujdesin ndaj sëmundjeve renale

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

-Sigurimi dhe pjesmarrja në iniciativa edukuese që synojnë rritjen e njohurive aftësive aftësive e ekipit për sëmundjet renale, profesionistët e kujdesit, komunitetët dhe organizatat e përfshira në kujdesin ndaj pacientëve.

Kompetenca

Infermiera e nefrologjisë merr mban vazhdon të zhvillojë njohuritë, aftësitë dhe gjykimin për të siguruar kujdesin më të mirë të mundshëm për pacientët me sëmundje të veshkave.

Infermiera e nefrologjisë e demonstroi këto standarte sipas:

- Të qenit përgjegjës për të mësuarit dhe zhvillim të tyre profesional
- Identifikimin e boshllëqeve në njohuri dhe formulimin e një plani për të përmbushur nevojat e tyre të mësuarit
- Merr pjesë në programet orientuese mbi nefrologjinë, praktikën profesionale dhe mundësitë e nxënies dhe të mësuarit
- Ndjekjen e konferencave ërkshopeve dhe edukimit në vazhdim për nefrologjinë
- Kërkimi në lidhje me trendet dhe hulumtimet e fundit në kujdesin infermieror nefrologjik
- Përdorimi dhe promovimi i evidencave më të mira për të siguruar kujdes në sëmundjet kronike të veshkave
- Pjesmarrja në shqyrtim të performancës dhe të vlersimit
- Sigurimi i edukimit dhe shkëmbimi i njohurive ndërmejt ekspertëve (109)

Mundësitë

Infermiera e nefrologjisë merr pjesë dhe lehtëson evidence të bazuara në praktikë iniciativa kërkimore për të përmisuar praktikën infermirore në nefrologji dhe kujdesin në sëmundjet renale

Infermiera e nefrologjisë e demonstroi këto standarte sipas:

- Identifikimin e pyetjeve dhe çështjeve që lidhen me praktikën infermirore nefrologjike dhe sëmundjet renale
- Identifikimi i boshllëqeve të njohurive që lidhen me praktikën infermirore nefrologjike dhe sëmundjet renale
- Të paturit parasysh të ekspertizës nefrologjike, preferencat e pacientit forma të tjera të kujdesit dhe burimet në dispozicion.
- Aplikimi i njohurive të fituara nga kërkimi dhe demonstrimi i tyre në praktike për të kujdesur për pacientin me sëmundje të veshkave
- Zhvillimi i propozimeve kërkimore në përputhje me shqyrtimin e kërkimit dhe shpërndarja e rezultateve të kërkimit përmes abstrakteve, prezantimeve dhe publikimeve (109)

Infermiera si avokate

Infermiera e nefrologjisë si avokate në përmisimin e kujdesit dhe cilësisë së jetës së pacientëve me sëmundje të veshkave

Infermiera e nefrologjisë e demonstroi këto standarte sipas:

- Fuqizimin e pacientit dhe familjarëve për të zhvilluar qëllime reale të arritshme me në qënder pacientin dhe bashkëpunimi në një plan kujdesi duke përfshirë direktivat paraprake
- Bashkëpunimi me anëtarët e ekipit të kujdesit shëndetësor pacientit dhe familjarëve të tyre për të implementuar strategji që të kenë sukses në arritjen e qëllimeve shëndetësore me në qënder pacientin.
- Edukimi i profesionistëve të tjerë shëndetësor në lidhje me nevojat dhe sfidat e pacientëve me sëmundje renale (109)

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

- Komunikimi me paciente famijen dhe anetarët e ekipit shëndetësor në lidhje me zbulimin e plote të opsioneve të trajtimit
- Sigurimi I informacionit në lidhje me promovimin e një kujdesi të avancuar
- Sigurimin e vetëdijes për disponueshmërinë e shërbimeve të kujdesit paliativ
- Identifikimi I boshllëqeve ne kujdesin e pacientëve me sëmundje renale dhe marrjen e masave per mbylljen e këtyre boshllëqeve
- Pjesmarrja ne komisione grupe pune aktivitete që synojnë përmisimin e kujdesit për pacientët me sëmundje renale, sigurimin e informacionit në lidhje me vlersimin planifikimin dhe sigurimin e kujdesit është e dokumnetuar dhe e arritshme nga të gjithë anëtarët e ekipit multidisiplinar

(21).

Lidershipi profesional

Infermiera e nefrologjisë demonstron lidershipin duke siguruar lehtësuar dhe promovuar kujdesin më të mirë të mundshëm për paciëntët me sëmundje të veshkave.

Infermiera e nefrologjisë e demonstron kete standart sipas:

- Marrja e inisiatives për të përmisuar kujdesin në sëmundjet renale
- Rimodelimi I vlerave profesionale,besmit dhe atributeve,(marrja e certifikimeve në nefrologji,promovimi I edukimit të vazhdueshëm,zhvillimi dhe arritja e qëllimeve vjetore profesionale)
- Bashkepunimi me pacientët familjarët dhe kipin shëndetësor për të siguruar praktikaprofesionale që respektojnë të drejtat e pacientit
- Promovimi I praktikave më të mira
- Pjesmarrja në shoqata nefrologjie,komitete apo grupe interesi
- Sigurimin e udhëheqjes nëpërmjet roleve formale dhe joformale,
- Marrja e masave për zgjidhjen e konflikteve
- Zhvillimi I zgjidhjeve të reja praktike

Permisimi I cilesise

Infermieret e nefrologjise lehtesojnë përmisimin e cilësisë sigurisë, efektivitetit, efikasitetit, ne kujdesin për sëmundjet renale

Infermiera e nefrologjisë e demonstron kete standart sipas:

- Pjesmarrja në ekipet e përmisimit të cilesise dhe aktivitete për sigurimin e cilësisë
- Bashkëpunimi në identifikimin e treguesve të cilësisë
- Identifikimi I mundësive për përmisimin e ndërhyrjeve në programet e sëmundjeve renale
- Vlersimin e rezultateve të ndërhyrjeve ne programet e sëmundjeve renale
- Ruajtja e njohurive aktuale në lidhje me kujdesin e sëmundjeve të veshkave dhe të demonstruar më së miri.(109)

Informimi mbi burimet

Infermiera e nefrologjisë përdor burimet për të siguruar nje kujdes efikas dhe efektiv në sëmundjet renale

Infermiera e nefrologjisë e demonstron kete standart sipas:

- Duke bërë përpjekje për të reduktuar dyfishimin e shërbimeve
- Zbatimin e strategjive për të reduktuar fragmentimin e kujdesit
- Pjesëmarrja në iniciativat e përmisimit të cilësisë
- Perdorimi I praktikave më të mira demonstruese
- Shfrytëzimi efektiv dhe efikas I burimeve njerzore dhe materiale

(40)

8.3 Procesi infermieror në insuficiencen renale

Vlersimi	Diagnoza	Konkluzion	Planifikimi	Nderhyrja	Shpjegim I arsyeshëm	Vlersim
<p><i>Të dhënat subjektive:</i> Konfuzion Lodhje Marrje mëndsh Anoreksi Hemorragji Perforacione të gojës Krampe muskulare Dhimbje Humbjet e tonusit muscular</p> <p><i>Të dhënat objektive</i> Distension të venave Edemë e gjeneraliuar Lodhje e pacientit Shenjat vitale: T:35 C P:50 R:13 P.A.130-90.</p>	<p>Vëllimi I tepërt I lëngjeve kompromenton mekanizmin rregullator të organizmit</p>	<p>Insuficienca renale ↓ Ulje e gjakut në veshka ↓ Ulje e prodhimit urinar ↓ Mbajtje e ujit ↓ Vëllim I tepërt I lëngjeve</p>	<p>Pas 8 orësh nga nderhyrja infermiere pacienti do të shfaqë një eliminim urinar të duhur me teste laboratorike në vlera normale, stabilitet të peshës dhe të shenjave vitale dhe mungesë të edemës,</p>	<p>Rekordi i sakte i marrjes dhe nxjerrjes Peshë e njëjtë në të njëjtën shkallë me të njëjtat veshje dhe pajisje Mungesë e edemës</p>	<p>-Një marrje dhe nxjerrje esaktë është e nevojshme për të përcaktuar funksionin renal dhe zëvendësimi I lëngjeve duhet për të shmangur një dehidratim të pacientit. -Peshaditore e trupit është monitorimi mirë I statusit fluid</p>	<p>Qëllimi I arritur, pacienti ka shfaqur një eliminim urinar të duhur me teste laboratorike në vlera normale, stabilitet të peshës të shenjave vitale dhe mungesë të edemave.</p>

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Insuficiencia renale kronike njihet ndryshe si sëmundja kronike e veshkave është një humbje progresive ose një reduktim progresiv I funksionimit të indeve të veshkave të tillë që masa e mbetur e veshkave nuk mund të mbaje më mjedisin e brendshëm të trupit. Insuficiencia renale kronike mund të zhvillohet për shume vite ose ajo mund të rezultojë nga një episod I një dëmtimi kronik ku klienti nuk është shëruar. Disa simptoma shfaqen kur 75 % e filtrimit glomerular ka humbur, parenkima e mbetur përkeqësohet në mënyrë progresive dhe funksioni renal fillon të zvogëlohet.

Plani I kujdesit infermieror

Qëllimet infermierore:

Qëllimi infermieror tek klientët me sëmundje kronike të veshkave është parandalimi I komplikacioneve të metejshme dhe perkrahja e kujdesit. Edukimi shendetesor I klientit është I rëndesishëm sepse kjo është një sëmundje kronike dhe si e tillë kërkon një kujdes afatgjatë.

1. Vëllimi I tepërt I lëngjeve

Crregullimi renal sjell dëmtimin e filtrimit glomerular gjë që con në mbingarkesë fluide. Me rritjen e vëllimit të lëngjeve rritet më shumë se zakonisht dhe kjo con lëngjet e tepërta ne hapësirën intersticiale. Duke qënë se lëngjet nuk reabsorbohen në fund ,lëngjet mbingarkojnë sistemin limfatik dhe qendronjnë në hapësirat intersticiale duke sjellë edema, shtim në peshë, kongjestion pulmonar dhe në të njëjtën kohe ul filtrimin glomerular ,sjell hipertrofi të nefronit duke cuar në uljen e aftesisë së veshkave për të koncentruar urinine dhe dëmtimin e sekretimit të lëngjeve duke sjellë oliguri.

Vlersimi

Pacienti mund të shfaqë:

- Edemë
- Hypertension
- Shtim në peshë
- Kongjestion pulmonar
- Oliguri
- Distension të venave jugulare

Diagnoza

Shtim I volumit të likideve ul filtrimin glomerular dhe sjell mbajtje të sodiumit në organizëm.

Planifikimi

Pacienti do të demostrojë sjellje të tilla në monitorimin e likideve dhe reduktimin e persëritjes së likideve të tepërta.

Pacienti do të manifestojë stabilitet të bilancit të likideve, peshë normale dhe mungesë të shenjave të edemës.

Nderhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Krijimi I raportit	Për të fituar besimin e pacientit dhe bashkëpunimin
Monitorimi dhe regjistrimi I shenjave vitale	Për të vlersuar faktorët dhe shkaqet
Vlersimi I faktorëve të mundshëm të riskut	Për të marrë të dhënat bazë
Monitorimi dhe regjistrimi I shenjave vitale	Për të marrë të dhënat bazë

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Vlersimi I oreksit të pacientit	Për të parë për praninë e të përzierave dhe të vjellave
Shkalla e marrjes së lëngjeve nga të gjitha burimet	Për të parandaluar mbingarkesën e likideve dhe për të monitoruar marrjet dhe nxjerrjet
Krahasimi I shtimit të peshës aktuale me peshën e mëparshme	Për të monitoruar retensionin e likideve dhe për të vlersuar shkallën e e teprikes
Askultacioni I frymëmarrjes	Për të parë për prezencën e kercitjeve dhe kongestionit
Dukuri të dispnesë	Për të vlersuar shkallën e tepërt
Matja e perimetrit abdominal për ndryshime	Mund të tregojë rritje të mbajtjes së lëngjeve
Prania e edemave	Për të përcaktuar mbajtjen e lëngjeve
Vlersimi I statusit mental për konfuzion dhe ndryshime të personalitetit	Mund të tregojë edemë cerebrale
Observimi I membranës së mukozave dhe lekurës	Për të vlersuar shkallën e tepërt të lëngjeve
Ndryshimi I herëpashershëm I pozicionit të pacientit	Për të parandaluar formimin e ulcerave
Shqyrtim të të dhënave laboratorike të tilla si kreatinina, elektrolitet	Për të monitoruar likidet dhe imbalancën elektrolitike
Kufizo sodiumin dhe marrjen e likideve nëse indikohet	Për të pakësuar mbajtjen e likideve dhe mbingarkesën
Llogarit marrjet dhe nxjerrjet e lëngjeve	Për të monitoruar funksionin e veshkave dhe mbajtjen e likideve
Pesho pacientin	Pesha tregon për mbajtjen e likideve dhe edemave
Inkurajo atmosferë të qetë dhe clodhëse	Për të ruajtur energjitë dhe për të pakësuar kërkesat e indeve për oksigjen
Promovo aktivitete të shëndetshme	Për të promovuar mirëqënien.

2.Dhimbja acute

Dhimbja është një shqetësim I shkaktuar nga stimulimi I mbaresave nervore. Cdo traumë që veshka kalon perceptohet nga trupi si një kërcenim ,trupi cliron citokinën dhe prostaglandinat dhe pacienti ndien dhimbje.

Vlersimi

Pacienti manifeston:

- Grimase të fytyrës
- Dobesi të trupit
- Shqetesime të gjumit
- Konfuzion
- Lodhje
- Diaforeze

Diagnoza

Dhimbje acute

Planifikimi

Pacienti do të demostrojë perdorimin e aftesive relaksuese për të lehtësuar dhimbjen.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Pacienti do te raportojë lehtësim dhe kontroll të dhimbjes.

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Krijimi I raportit	Për të marrë bashkepunimin e pacientit
Monitorimi dhe regjistrimi I shenjave vitale	Për të marrë të dhënat bazë
Vlersimi I gjëndjes së përgjithshme	Për të marrë të dhënat bazë
Pershkrimi I dhimbjes nga ana e pacientit	Dhimbja është një përvojë subjektive dhe nuk mund të ndihet nga të tjerët
Vlersimi I plote I dhimbjes(lokazimi,frekuenca,kohëzgjatja,karakteristikat)	Për të qënë në gjëndje për të krahasuar ndryshimet nga gjëndjet e mëparshme për të përjashtuar përkeqësimin e gjëndjes dhe komplikimet në vazhdim
Percaktohet fiziopatologjia e dhimbjes dhe shkaqet e mundshme të dhimbjes	Për të ditur gjëndjen kryesore që con në dhimbje dhe menaxhimin e mundshëm në mënyrë që të mos përkeqësohet më tej dhimbja
Vlersimi I perceptimit të pacientit së bashku me sjelljet dhe pergjigjen fiziologjike	Për të ditur qendrimin e pacientit ndaj dhimbjes dhe perdorimi I dhimbjes specifike dhe medikamenteve
Vlersimi I dhimbjes sa herë që ajo ndodh,hetimi I ndryshimeve që ndodhin nga episodi I kaluar.	Për të parandaluar përkeqësimin dhe komplikimet e mundshme
Vlersimi I pershkrimit të dhimbjes nga ana e pacientit	Për të njohur pervojën e dhimbjes dhe pergjigjen e pacientit ndaj dhimbjes
Vlersoni gjestet joverbale të tilla si ecja e pacientit, qendrimi i trupit, si ulet,shprehjet e fytyres,gishta të ftohtë dhe këmbë të ftohta që mund të sjellin vazokonstriksion.	Vezhgimi mund të jetë ose mund të mos jetë në harmoni me raportet verbale që tregojnë

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

	nevojën për vlersim të mëtejshëm.
Vlersimi I dhimbjes së referuar si I përshtatshëm	Për të ndihmuar në përcaktimin e mundësisë apo kushtit themelor ose mosfunksionimi I organit që kërkon trajtim.
Shqyrtimi I pervojave të mëparshme të dhimbjes së pacientit dhe metodave të gjetura të dobishme ose jo për kontrollin e dhimbjes në të kaluarën.	Për të vlersuar dhimbjen në bazë të metodave të përdorura
Eksplorimi I metodave për kontrollin apo zbutjen e dhimbjes	Nderhyrja ne kohe ka më shume gjasa të jetë e sukseshme në zbutjen e dhimbjes
Sigurimi I një mjedisi të qetë aktivitete dhe pushim	Për të parandaluar lodhjen
Inkurajimi I shprehjes verbale të dhimbjes	Për të lejuar shprehjen e emocioneve dhe për të rritur mekanizmin e perballimit të dhimbjes
Sigurimi I masave të tilla si ndryshimi I pozicionit perdorimi I të ftohtit apo të ngrohtit	Për të siguruar menaxhimin e dhimbjes me metoda jofarmakologjike
Udhezimi apo inkurajimi për perdorimin e ushtrimeve relaksuese të tilla si frymemarrja e fokusuar.	Kjo është një formë teknike relaksimi që ndihmon në uljen e dhimbjes
Inkurajimi I aktiviteteve të tilla si TV apo socializimi me të tjerët.	Ofron aktivitete të cilat bllokojnë perceptimin e dhimbjes nga truri
Asistimi në aktivitetet e vetëkujdesit	Ruajtja e një higjene të mirë
Asistimi ne trajtimin e procesit të semundjes që sjell dhimbjen	Vlersimi I efikasitetit të terapisë
Sigurimi I terapive fizike individuale dhe programeve të ushtrimeve që mund të mund të vazhdoen nga pacienti me anë të instruksioneve nga terapisti fizik	Për të vazhduar efektin terapeutik dhe arritjen e mirëqënies së plotë të pacientit
Administrimi I analgjezikëve sipas urdherit të mjekut	Medikamente kundër dhimbjes

3.Ndryshim I perfuzionimit të indit renal

Që të ketë një funksionim optimal të veshkave duhet që të eliminohen të gjitha produktet e dëmshme per organizmin të tilla si urea, kreatinina, acidi uric për shkak të humbjes së funksionit ekskretues të veshkes, demtim të sekretimit të produkteve të

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

dëmshme duke cuar në rritje të rezultateve të testeve laboratorike të tilla si kreatinina, niveli I acidit uric.

Vlersimi

Rritja e rezultateve laboratorike

Oliguri

Anuri

Edemë

Kongjestion pulmonary

Hypertension hematuri

Diagnoza

Ndryshim I perfuzionimit renal si pasojë e mosfunksionimit të filtrimit glomerular

Planifikimi

Pacientet do të demonstronjë pjesmarrje në programe trajtimi. Pacienti do të demonstronjë ndryshime të sjelljes dhe të mënyres së jetesës për të parandaluar komplikacionet

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Krijimi I raportit	Për të marrë bashkepunimin e pacientit
Monitorimi dhe regjistrimi I shenjave vitale	Për të marrë të dhënat bazë
Vlersimi I gjëndjes së përgjithshme	Për të marrë të dhënat bazë
Percaktimi I faktorëve që lidhen me situaten individuale dhe disa situata të cilat ndikojnë në të gjithë sistemin e trupit	Për të vlersuar shkaktarët dhe faktorët që kontribuojnë
Shenimi I karakteristikave të urinës: sasia dhe graviteti specific.	Për të vlersuar për hematuri proteinuri dhe dëmtim renal
Të vihet re prania intensiteti vendndodhja dhe kohëzgjatja e dhimbjes	Mund të tregojë dhimbjen në organin e prekur
Vlersoni statusin mental dhe shqyrtoni analizat laboratorike dhe nivelin e kreatinines	Rritja e nivelit të kreatinines mund të sjellë ndryshime
Vezhgimi për edema të gjenralizuar	Tregon për demtim të funksionit dhe të perfuzionit renal
Matja e diurezes në një orar të rregullt dhe peshimi cdo ditë	Për të vlersuar perfuzionin renal dhe funksionin
Te nxitet diskutimi I ndjenjave në lidhje me prognozen dhe trajtimin afatgjatë	Për të ulur ankthin dhe për të korrigjuar idetë e gabuara të pacientit për gjëndjen
Të identifikohen ndryshimet e nevojshme në stilin e jetesës dhe të ndihmohet pacienti në pershtatjen me situatën	Promovimi I mirëqënies dhe parandalimi I mëtejshem I komplikacioneve
Vlersimi I faktorëve emocionalë dhe psikologjike që ndikojnë në situatën aktuale	Stresi apo depresioni mund të rrisin efektin e sëmundjes dhe depresioni mund të cojë në inaktivitet
Vendosja e objektivave reale me pacientin	Rritja e angazhimit për promovimin e rezultateve reale
Dhënia e informacionit në lidhje me shenjat positive të përmisimit të tilla si përmisimi I shenjave vitale apo qarkullimit	Për të siguruar inkurajim

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Rishikimi I pritshmerisë së pacientit	Për të vendosur qellimet individuale
Inkurajohet pacienti të mbajë një qëndrim pozitiv të përdore teknika relaksimi	Për të rritur ndjenjen e mirëqënies
Dhënia e informacionit pacientit në lidhje me progresin e vazhdueshem ditor apo javor	Për të mbeshtetur motivimin
Administrimi I medikamenteve sic eshte urdheruar	Për të trajtuar sëmundjet e pacientit
Promovimi I edukimit te vazhdueshem	Për të promovuar mirëqënien

4.Dëmtim I eliminimit urinar

Dëmtimi I veshkave është një problem I cili rezulton në humbjen e funksioneve të veshkës dhe në ulje të filtrimit glomerular ku veshka nuk mund të eliminojë produktet azotike dhe lëngjet duke sjellë demtim në eliminimin urinar së bashku me përdorimin e zgjatur të medikamenteve të tilla sic janë antiinflamatorët josteroid që cojnë në shkatërrimin e mëtejshëm të veshkës,uljen e filtrimit glomerular dhe shkatërrimin e pjesës së mbetur të nefronit.

Vlersimi

Pacienti mund të manifestojë:

Rritje të rezultateve laboratorike si kreatinina, niveli I acidit uric

Oliguri

Anuri

Hezitim

Retension urinar

Diagnoza

Dëmtim I eliminimit urinar si pasojë e dëmtimit të filtrimit glomerular,dëmtim të sekretimit të produkteve azotike si pasojë e dëmtimit renal

Planifikimi

Pacienti do të shprehë me anë verbale të kuptuarit e gjëndjes

Pacienti do të marrë pjesë në masat e ndërmarra për të korrigjuar dhe kompesuar defektet.

Ndërhyrjet infermiore	Shpjegime të arsyeshme
Krijimi I raportit	Për të marrë bashkëpunimin e pacientit
Monitorimi dhe regjistrimi I shënjave vitale	Për të marrë të dhënat bazë
Vlersimi I gjëndjes së përgjithshme	Për të ditur cili është problem dhe cilat ndërhyrje duhet të jenë prioritet
Shqyrtimi I analizave laboratorike për të parë ndryshimet në funksionin renal	Për të vlersuar për kontributin e faktorëve shkaktarë
Vendosja e objektivave reale me pacientin	Të rrisë angazhimet për promovimin e rezultateve optimale
Të percaktohet modeli I eliminimit nga ana e pacientit	Për të vlersuar shkallën e ndërhyrjes
Palpimi I fshikëzës së urinës	Për të vlersuar urinën reziduale
Percaktimi vendndodhjes së dhimbjes	Për të hetuar shkallën e ndërhyrjes
Percaktimi I marrjeve ditore të likideve nga ana e pacientit	Për të ndihmuar në percaktimin e nivelit të hidratimit

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Mbajtja shenim e gjëndjes së lëkurës membranave mukoze dhe ngjyrës së urinës	Për të vlersuar nivelin e hidratimit
Vezhgoni për shenja të infeksionit	Për të ndihmuar në trajtimin e alternimeve urinare
Inkurajimi për të shprehur me fjalë frikën dhe shqetesimet	Shprehja e hapur lejon klientin të fillojë të merret me zgjidhjen e problemeve
Të theksohet nevoja e mbajtjes së një diete të përkohshme	Për të parandaluar përkeqesimin e gjëndjes së sëmundjes
Theksohet rëndësia e të paturit të një higjence të mire	Për të promovuar mirëqenien
Theksohet rëndësia e pranimit të një regjimi në trajtim	Për të promovuar mirëqenien

5. Ndryshim I ushqyerjes, më pak se kërkesat e organizmit

Për shkak të ushqyerjes së kufizuar dhe mbajtjes së një regjimi diete të përkohshme një individ me problem renale nuk mund të mbajë një peshë ideale dhe një ushqyerje të mjaftueshme. Në të njëjtën kohë pacientet mund të përjetojnë anemi për shkak të zvoglimit të faktorit eritropoetik që shkakton rënie të prodhimit të RBC gjë që çon në anemi dhe lodhje.

Vlersimi

Anoreksi

Anemi

Lodhje

Diagnoza

Ndryshim I ushqyerjes më pak se kërkesat e organizmit, anoreksi kequshqyese si pasojë e dëmtimit renal

Planifikimi

Pacienti do të shfaqë normalizim të vlerave laboratorike dhe eliminim të shenjave të kequshqyerjes

Pacienti do të demostrojë sjellje ndryshim në mënyrën e jetesës për të rifituar dhe mbajtur peshën e duhur.

Ndërrhyrjet infermiore	Shpjegime të arsyeshme
Krijimi I raportit	Për të marrë bashkëpunimin e pacientit
Monitorimi dhe regjistrimi I shenjave vitale	Për të marrë të dhënat bazë
Identifikimi I pacientit në rrezik për kequshqyerje	Për të vlersuar faktorët kontribues
Percaktimi I nevojave ushqyese individuale	Për të përcaktuar se çfarë informacioni I duhet siguruar pacientit
Vlersimi I peshës, moshës, forës, nivelit të pushimit	Për të siguruar bazë krahasuese
Asistimi në zhvillimin e një regjimi të individualizuar	Për të kontrolluar faktorët themelorë
Sigurimi I modifikimit të dietës sic indikohet	Për të krijuar një plan ushqyerje
Shmangia e ushqimeve me nivele të larta sodiumi	Për të parandaluar rritjen e mëtejshme të nivelit të sodiumit

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Percaktoni kur pacienti preferon më shumë kalori në një vakt	Për të krijuar një plan ushqyes
Promovoni kujdesin oral	Për të parandaluar përhapjen e mëtejshme të kariesit të dhëmbëve
Ofroni siguri	Për të parandaluar dëmtimet
Mbajtja e regjimit të shtratit	Për të ulur kërkesen metabolike
Të ndryshohet pozicioni cdo 2 ore	Për të parandaluar ulceracionet
Pozicionimi I krevatit në pozicion gjysëm ndenjgur	Për të rritur zgjerimin e pulmoneve
Inkurajimi për të bërë levizje	Për të përmisuar qarkullimin e gjakut
Administrimi I medikamenteve sipas urdhërit	Për të nxitur trajtimin

(99,100).

Plani I kujdesit infermieror:

Trajtime të tjera të tilla si:

Hipertermia për shkak të infeksionit ose të aktivizimit të procesit inflamator

Dëmtimi I integritetit të lekures si pasojë edemës

Deficit në njohuri

(87,88,89)

Insuficiencia renale acute që njihet ndryshe si dëmtimi renal akut është humbja e papritur e funksionit të veshkave. Shkalla e filtrimit glomerular bie gjatë një periudhe prej orësh në disa dite dhe shoqërohet me rritje të njëkohshme në serum të kreatinines dhe uresë. Nëse nuk trajtohet dëmtimi renal akut mund të komplikohet në demtim renal kronik.

Prioritetet infermierore

Të krijojë dhe të mbajë ekulibrin e lëngjeve dhe elektroliteve

Të parandalojë komplikimet

Ofrimi I mbështetjes emocionale për pacientin

Të japë informacion në lidhje me procesin e sëmundjes, prognozen dhe nevojat e trajtimit

Qëllimet

Arritja e homeostazës

Parandalimi ose minimizimi I komplikacioneve

Të kuptuarit e procesit të sëmundjes prognozës dhe regjimit terapeutik

1. Vëllimi I tepërt I lëngjeve

Mund të lidhet me:

Dëmtimin renal që dëshmohet nga:

Marrja më shumë se nxjerrja, ndryshimet në urinë të gravitetit specific

Distension venoz, ndryshime të presionit të gjakut, ndryshime të presionit venoz qendror,

Edemë e gjeneralizuar, shtim në peshë,

Ndryshime të statusit mendor, shqetesim

Ulje e hemoglobinës, hematokritit, kongestion pulmonar

Rezultatet e arritura

Prodhim urinar I duhur me gravitet specific, vlerat laboratorike afër vlerave normale, peshë e qendrueshme, shenjat vitale brenda vlerave normale, dhe mungesë e edemës

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Matja e saktë e marrjeve dhe nxjerrjeve, duke përfshirë dhe likidet “e fshehura” të tilla si antibiotiket intravenoze, medikamentet e lëngshme, Maten humbjet gastrointestinal dhe vlersohen humbjet e pavëtedijshme(djersitja) duke përfshirë kullimin e plagëve, nxjerrjet nazogastrike, diarre,	Ulja e prodhimit mund të tregojë demtim akut vecanarisht ne pacientet me rrisht të lartë. Monitorimi I saktë I marrjeve dhe nxjerrjeve është I rëndësishem për të përcaktuar funksionin renal nëse duhet zëvendësim likidesh dhe reduktimi I rrishtit për hipervolemi.
Monitorimi I gravitetit specific të urinës	Matja e aftesisë së veshkave për të koncentruar urinën. Në demtimin intrarenal graviteti specific është I barabarte ose me pak se 1.010 gjë që indikon për humbje të aftesisë së koncentrimin të urinës.
Peshimi cdo ditë në të njëjtën kohë në të njëjtën shkallë me veshje dhe pajisje të njëjtë.	Pesha e përditshme trupore është monitoruesi më I mirë I statusit të likideve. Një fitim I peshës trupore më shumë sesa 0.5 kg në ditë tregon për mbajtje të likideve.
Vlersimi I lekurës, fytyrës dhe zonave të predispozuara për edemë. Vlersimi I shkallës së edemës(nga +1 deri ne +4)	Edema ndodh zakonisht në këto pjesë të trupit (duar, këmbë, zona lumbosakrale) Pacientët mund të kenë shtuar 4.5 kg para vendosjes së edemës. Edemat periorbitale mund të jenë një shenjë endryshimit të likideve sepse keto zona janë më të ndryshmet nga grumbullimi minimal I likideve
Monitorimi I rrahjeve të zemrës, BP dhe JVD-CVP	Takikardia dhe hipertensioni mund të ndodhin për shkak të: -dështimit të veshkës për të nxjerre urinën -likide të tepërta gjate përpjekjes për të trajtuar hypovoleminë dhe hipertensionin, -ndryshimet në sistemin reninë-angiotenzinë. Monitorimi invaziv është I nevojshëm për të vlersuar volumin intravascular, vecanarisht tek pacientët me funksion të ulur kardiak
Degjimi I pulmoneve dhe tingujve të zemrës	Hipervolemia mund të cojë në edemë pulmonare, zhvillimi I I tingujve të jashtëm
Vlersimi I nivelit të vetedijes, ndryshimet mentale dhe nervozizem	Mund të verehet akumulim të toksinave, acidoze, imbalance elektrolitike, ose zhvillimi I hipoksisë
Korrigjimi I cdo shkakut të kthyeshem të demtimit renal akut, zëvendësimi I gjakut tëehumbur, maksimizimi I prodhimit	Veshkat mund të jenë në gjëndje të kthehen në funksionin normal duke parandaluar ose kufizuar efektet e mbetura

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

kardiak, lehtësimi I obstrukcionit me anë të kirurgjisë	
Monitorimi I të dhënave diagnostikuese	
Azoti në gjak, kreatinina	Azoti në gjak vleron disfunkcionin renal. Të dyja mund të rriten por kreatinina është indikator më I mirë I funksionit renal sepse ajo nuk preket nga hidratimi dieta dhe katabolizmi I indeve.
Sodiami në urinë dhe kreatinina	Në nekrozën acute tubulare integriteti I funksionit tubular ka humbur duke cuar në rritje të sekretimit të natriumit.
Sodiami në serum	Hiponatremia mund të rezultojë nga hipervolemia ose paafesia e veshkës për të ruajtur natriumin. Hipernatremia indikon për një deficit total të ujit në organizëm
Kaliumi ne serum	Mungesa e sekretimit të veshkave dhe mbajtja selektive e kaliumit për te nxjerrë jonet hidrogjen të tepërta mund të cojë në hiperkalemi që ka nevojë për ndërhyrje teëshpejtë.
Hb-Hct	Vlerat e ulura mund të tregojnë hipervolemi. Sidoqoftë gjatë një dëmtimi të zgjatur anemia zhvillohet si rezultat I humbjes së RC.
Administrimi I medikamenteve sic indikohet	
Diuretikët	Perdorimi I diuretikëve është I rëndesishem për të zvogluar hiperkaleminë dhe për të promovuar vëllimin e duhur të urinës
Antihipertensivët	Mund të jepen për të trajtuar hipertensionin për të zvogluar rrjedhje e gjakut në veshka dhe për të ndihmuar në qarkullimin e likideve
Prostaglandinat	Efektet vazodilatator I tyre mund të përmisojë qarkullimin e vëllimit të likidit dhe të rivendose rrrjedhjen e gjakut renal për të ndihmuar në eliminimin e agjentëve nefrotoksik nga nefroni
Pergatitja për dialize sic indikohet: hemodializë, dializë peritoneale, ose terapia e vazhdueshme e zëvendësimit renal	Për të korrigjuar mbingarkesen e likideve, elektroliteve, për të rivendosur ekuilibrin acido-bazik të humbur, dhe për të eleminuar toksinat

2.Risk për ulje të prodhimit kardiak

Diagnoza

Rrisk për prodhim të ulur kardiak

Faktorët e rrishtut mund ëe përfshijnë:

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Mbingarkesa me likide (mosfunksionim I veshkave)

Deficite të likideve

Imbalancë elektrolitësh të tilla si kaliumi, kalciumi dhe acidozë e rëndë

Efektet uremike në muskujt kardiakë

Rezultatet e dëshiruara

Ruajtja e prodhimit të zemrës sic dëshmohet nga presioni I gjakut dhe frekuenca kardiake brënda normës pulset periferike të forta dhe të barabarta me kohe të mjaftueshme mbushese të kapilarit.

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Monitorimi I presionit të gjakut dhe frekuencës respiratore	Vëllimi I tepërt I lëngjeve I kombinuar me hipertension dhe efektet e uremisë mund të cojë në dëmtim të zemrës dhe zakonisht dëmtimi I zemrës në dëmtimin akut renal është I kthyeshëm
Observimi I EKG për ndryshime të ritmit të zemres	Ndryshimet në funksionin elektromekanik mund të bëhen evidente në pergjigje të një dëmtimi renal progresiv akumulimit të toksinave dhe imbalancës elektrolitike.
Degjimi I tingujve të zemrës	Zhvillimi I S3 dhe S4 është indicator I dëmtimit.
Vlersimi I ngjyres së lekurës dhe mukozave	Si pasojë e mosmbushjes kapilare në kohë mund të kemi zbehje e cila reflektohet me anemi dhe vazokonstriksion. Cianoza mund të vijë si pasojë e një kongjestioni pulmonar ose dëmtimi kardiak
Shfaqja e një pulsi të ngadalte, marrje mendsh, hypotension të vjella dhe rënie të nivelit të vetëdijes	Përdorimi I medikamenteve që permbajnë magnesium mund të cojë në hipermagezium disfunksion të mundshëm neuromuscular si dhe rrishtun për një arrest kardiak apo respirator.
Monitorim për hemorragji gastrointestinale	Hemorragjia gastrointestinal është një ndërlikim I njohur I dëmtimit të veshkave. Patogjeneza e saj mbetet e paqartë. Ndikimi I efekteve të uremisë apo perdorimi I gjërë I agjentëve antitrombocitar në dializë mund të ndikojnë në hemorragjinë gastrointestinal
Të vëzhgohet për dhimbje të muskujve, mpirje të gishtave, hiperflexi	Treguesit neuromuscular të hypokalemise që mund të ndikojnë në funksionin dhe kontraktilitetin kardiak
Mbajtja e regjimit të shtratit, inkurajimi I pushimit dhe zhvillimi I aktiviteteve të dëshiruara	Redukton konsumin e oksigjenin dhe mbingarkesën kardiake
Monitorimi I testeve laboratorike	
Kaliumi	Gjatë fazës oligurike hiperkalemia është e pranishme por që kalon në hypokalemi gjatë fazës diuretike ose në shërim.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Kalciumi	Pervec efekteve të tij në zemër deficit I kalciumit rrit efektet toksike të kaliumit
Magnezi	Dializa ose administrimi I kalciumit mund të jenë të nevojshme për të luftuar efektet depresive të sistemit nervor qendror të një niveli të rritur të magnezit në serum
Administrimi ose kufizimi I lëngjeve sic indikohet	Prodhimi kardiak varet nga volumi qarkullues dhe funksioni I muskullit të miokardit
Sigurimi I oksigjenit shtesë nëse idikohet	Maksimizimi I oksigjenit në funksion të miokardit për të zvogluar ngarkesën kardiake dhe hipoksinë celulare
Administrimi I medikamenteve sic indikohet	
Agjentët inotropike	Përdoren për të përmisuar prodhimin kardiak duke rritur tkurreshmerinë e miokardit
Kalcium gukonate	Kalciumi në serum është I ulët por zakonisht nuk kërkon trajtim të vecantë në dëmtim renal akut.Kalcium glukonati jepet për të trajtuar hypokaleminë,
Glukoza	Për të ulur kaliumin në serum
Bikarbonat natriumi ose citrat natriumi	Për të korrigjuar acidozën e rëndë ose hiperkaleminë.

3.Risku për imbalanceë nutricionale

Diagnoza

Imbalancë nutricionale më pak se kërkesat e trupit

Faktorët rriskues përfshijnë:

Katabolizmi I proteinave,kufizimi në dietë për të reduktuar produktet nitrogjenike

Nevojat e rritura metabolike

Anoreksi,të vjella,ulceracionet e mukozës orale

Parashikimi

Diagnoza e rrezikuar nuk evidentohet nga shenjat dhe simptomat,pasi probemi nuk ka ndodhur dhe nderhyrja infermiore drejtohet në parandalimi.

Rezultati I dëshiruar

Mbajtja apo rifitimi I peshës, pa edema

Nderhyrjet infermiore	Shpjegime të arsyeshme
Vlersimi dhe dokumentimi I marrjeve të dietës	Ndihmon në identifikimin e deficencave dhe nevojave ushqimore.
Promovo ngrënie të shpeshta dhe në sasi të vogla	Minimizon anoreksinë dhe të vjellat e lidhura me gjëndjen uremike si dhe uljen e peristaltikës
Siguroi pacientit një listë të ushqimeve dhe të lëngjeve të lejuara dhe inkurajo përfshirjen e tij në zgjedhjen e menusë.	Jepi pacientit një masë të kontrolluar të ushqimeve që kufizohen në dietë. Ushqimet nga shtëpia mund të rrisin oreksin.
Pesho pacientin cdo ditë	Ndryshimet katabolike mund të sjellin humbje të peshës 0.2-0.5 kg në ditë.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

	Ndryshimet më të mëdha se 0.5 kg në ditë mund të tregojnë ndryshime në balancën e lëngjeve
Monitoroni treguesit laboratorike, albumin transferinen natrium kalium	Treguesit e nevojave ushqimore, kufizimet dhe nevojat për vlersimin e efektivitetit të terapisë
Konsultimi me një dietolog	Percaktimi I kalorive individuale dhe nevojave ushqimore me kufizimet dhe identifikimi I rrugës me efektive dhe produktive
Siguro kalori të larta dhe sasi të ulta ose të moderuara të proteinave	Perfshi karbohidrate komplekse, për të permbushur nevojat kalorike dhe aminoacidet esenciale. Shmang sheqerin e koncentruar.
Ruaj ekuilibrin e duhur të elektroliteve duke monitoruar në mënyre rigoroze vlerat e tyre.	Medikamentet dhe ulja e filtrimit glomeruar mund të sjelle disbalance elektrolitesh dhe mund të çojë më tej në dëmtim renal
Kufizo natriumin, kaliumin dhe marrjen e fosforit sic indikohet	Kufizimi I këtyre elektroliteve mund të jetë I nevojshëm për të parandaluar më tej dëmtimin renal vecanarsiht nëse dializa nuk është pjesë e trajtimit,
Administrimi I medikamenteve sic indikohet	
Preparat e hekurit	Deficiti I hekurit mund të ndodhë nëse proteina është e ulur, pacienti është anemic ose funksioni gastrointestinal dëmtohet
Kalcium karbonat	Është I nevojshme për të rikthyer nivelin normal të tij në serum për të përmisuar funksionin kardiak dhe neuromuscular koagulimin e gjakut dhe metabolizmin e kockave.
Vitamina D	E nevojshme për të lehtësuar absorbimin e kalciumit nga trakti gastrointestinal
Vitamina b kompleks, vitamina C dhe acidi folik	Për të vepruar në rritjen dhe veprimet e qelizës

4.Rrisk për infeksion

Faktorët e rrishtit përfshijnë:

Depresion I mbrojtjes imunologjike

Procedurat dhe pajisjet invazive

Ndryshimet në dietë, kequshqyerja

Parashikimi

Diagnoza e rrezikut nuk evidentohet nga shenjat dhe simptomat, pasi problemi nuk ka ndodhur dhe nderhyrja infermierore drejtohet në parandalim.

Rezultati I deshiruar

Nuk ka prezencë të shenjave të infeksionit.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Promovo larjen e duarve nga ana e pacientit dhe e stafit	Zvoglon rriskun e kontaminimit
Shmang procedurat invazive, përdorimin e instrumentave dhe katetereve kur është e mundur. Përdor teknika aspetike kur manipulon intravenoze dhe në zona invazive.	Kufizon futjen e baktereve në trup. Zbulimi I hershëm I infeksionit mund të parandalojë sepsis.
Ofro kujdes të vazhdueshëm gjatë vendosjes së kateterit dhe promovojë kujdesin e vazhdueshëm perineal. Mbani sistemin urinar të mbyllur dhe hiqni kateterin sa më shpejt që të jetë e mundur.	Redukton kolonizimin e baktereve dhe ngjitjen e tyre në traktin e siperm urinar
Vleroso integritetin e lëkurës	Për të parandaluar infektimin e saj
Monitoro shenjat vitale	Rritja e temperaturës pulsit dhe respiracionit është tipike në rastin e infeksionit që rezultojnë nga procesi inflamator
Monitoro vlerat laboratorike	ËBÇ të larta janë tregues të infeksionit, leukocitoza vërehet zakonisht te dëmtimi renal akut dhe mund të reflektojë dëmtim të veshkës.
Marrja e mostres për kulture dhe berja e antibiotikoterapisë.	Identifikimi I infeksionit con në përzgjedhjen e metodave terapeutike të nevojshme për trajtimin e tij.

5.Rrisk për deficiencë të volumit të likideve

Faktorët e rrishtit mund të përfshijnë :

Humbja e tepërt e lëngjeve

Parashikimi

Diagnoza e rrishtit nuk evidentohet nga shenjat dhe simptomat, pasi problemi nuk ka ndodhur dhe ndërhyrja infermierore drejtohet në parandalim.

Rezultati I dëshiruar

Një balance e marrjeve dhe nxjerrjeve të likideve, turgor I mirë I lëkurës, palpimi I pulsit periferik, peshë dhe shenjat vitale të qëndrueshme, elektrolitet brenda normës.

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Matja me saktësi e marrjeve dhe nxjerrjeve. Peshimi I përditshëm. Llogaritja e humbjeve të pavetëdijshme të likideve.	Vlersimi mund të ndihmojë në zëvendësimin e likideve të nevojshme. Futja e likideve duhet të jetë e përafert me humbjet me anë të urinës, humbjeve nazogastrike dhe kullimit të plagëve, si

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

	dhe humbjet gjatë diaforezës dhe metabolizmit.
Sigurimi I lëngjeve të nevojshme gjatë periudhës 24 orëshe	Faza diuretike e dëmtimit renal akut mund të kthehet në fazë oligurike nëse nuk ruhen futjet e likideve apo dehidrimi gjatë natës ndodh.
Monitoro presionin e gjakut dhe frekuencën kardiake.	Presioni ortostatik dhe takikardia indikojnë hypovoleminë
Vini re shenjat dhe simptomat e dehidrimit	Membranat mukoze të thata, etje, vazokonstriksion periferik. Humbjet e vazhdueshme të lëngjeve dhe zëvendësimi I pamjaftueshem mund të cojnë në hypovolemi
Të kontrollohet temperature e mjedisit nëse indikohet	Mund te zvoglojë diaforezen e cila kontribuon në humbjen e përgjithshme të likideve
Monitoroni vlerat laboratorike	Në fazën diuretike të dëmtimit renal akut humbjet e mëdha të urinës mund të manifestohen me humbje të sodiumit .

6. Deficite të njohurive

Mund te jetë e lidhur me:

Mungesën e ekspozimit

Keqinterpretimin e informacionit

Mosnjohja e burimeve të informacionit

Rezultatet e dëshiruara

Të kuptuarit me fjale të gjëndjes, të procesit të sëmundjes, prognozës dhe komplikimeve të mundshme.

Identifikimi I lidhjes mes simptomave dhe procesit të sëmundjes, dhe lidhja e simptomave me faktorët shkaktarë.

Inicimi I ndryshimeve të nevojshme në mënyren e jetesës dhe pjesmarrja në trajtim

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Rishikimi I procesit të sëmundjes prognozës dhe faktoreve të rrishtit nëse dihen	Ofron njohuritë bazë nga te cilët pacienti mund të bëjë zgjedhje të informuara
Të shpjgohet niveli I funksionit renal pasi episodi akut ka mbaruar	Pacienti mund të perjetojë defektet e mbetura të dëmtimit renal që mund ose nuk mund te jenë të përhershme
Diskutohen ne lidhje me dializen dhe transplantin nëse keto jane metodat e trajtimit në të ardhmen.	Nëse keto opsione do te ishin paraqitur më parë nga mjeku pacienti do të ishte në pikën ku këto mundesi merren parasysh dhe mund të kerkojë informacione shtesë
Rishiko planin dietik dhe kufizimet. Perfshi një plan ku të shënohen kufizimet ushqimore	Një ushqyerje adekuate është e nevojshme në shërimin e indeve ,respektimi I kufizimeve mund te parandalojë komplikimet.
Inkurajo pacientin në vezhgimin e	Ndryshimet mund të reflektojnë

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

karakteristikave të urinës,sasinë,frekuencën e prodhimit	ndryshime në funksionin e veshkave dhe kanë nevojë për dializë.
Ofrimi I mbështetjes emocionale për pacientin dhe familjen	Për të siguruar ata për të gjitha procedurat që pacienti mund ti nenshtrohet
Rishiko kufizimin e likideve	Rikujto pacientit të pijë lengje gjatë gjithë ditës dhe të perfshijë në planin ditor të gjithë sasinë e likideve të marra. Në varesi të shkakut dhe stadit të dëmtimit renal akut pacienti mund të kufizojë ose të rrisë sasinë e likideve të marra.
Diskutoni kufizimin e veprimtarive dhe rifillimin gradual të aktiviteteve të dëshiruara. Inkurajimi i perdorimit të kursimit të energjisë, relaksimi dhe teknikat diversionale	Pacientet me dëmtim renal akut të rënde mund të kenë nevojë për të kufizuar aktivitete dhe mund të ndjehen të dobët për një periudhë të gjatë gjatë fazës së rimëkëmbjes, duke kerkuar masa për të ruajtur energjinë.
Diskutoni praninë e vazhdueshme të lodhjes	Prania e anemisë,diskomforti dhe ulja e prodhimit metabolic të energjisë mund të cojnë në lodhje
Percaktoni përgjegjësitë personale. Identifikimi i burimeve në dispozicion dhe sistemet e mbështetjes.	Parandaloni lodhjen e tepruar dhe ruani energjinë për shërimin dhe rigjenerimin e indeve
Rishikoni përdorimin e medikamenteve. Inkurajoni pacientin të diskutojë në lidhje me medikamentet dhe suplementet bimore me mjekun	Medikamentet që janë të koncentruara dhe që ekskretohen nga veshkat mund të shkaktojnë reaksione toksike ose dëmtime të përhershme të veshkave.
Nevoja e kujdesit të vazhdueshëm	Funksioni I veshkave mund të jetë I ngadaltë për tu rikthyer pas dëmtimit renal akut dhe deficitet mund të vazhdojnë duke kërkuar ndryshime në terapi për të shmangur përsëritjen
Identifikimi I simptomave që kërkojnë ndërhyrje mjeksore:ulja e prodhimit urinar,shtimi ne peshe I papritur,praninë e demave,hemoragjia,prania e infeksionit	Vlersimi I shpejtë dhe nderhyrja mund të parandalojnë komplikime të rënda dhe agrevim të dëmtimit renal akut.

(87,88,89)

8.4 Glomerulonefriti kronik

Glomerulonefriti kronik është një nga shkaqet kryesore të fazës së fundit të sëmundjes renale që manifestohet me dëmtim rena kronik.

Vlersimi

1. Aktiviteti

Simptomat: lodhje, dobësi, humbje e tonusit muscular

2. Qarkullimi:

Simptomat: Hipotension-hipertension

3.Eleminimi

Simptomat: ndryshim në modelin e urinimit, fryrje barku, diarre, konstipacion, ndryshim I ngjyrës së urinës

4.Ushqimi-Lëngjet

Simptomat: shtim në peshë, humbje peshe, të perziera, të vjella, ndryshime në turgorin e lëkurës

5.Neurondijimi

Simptomat: dhimbje koke, vision të paqartë, status I dëmtuar mendor,

6.dhimbje

Simptomat: dhimbje trupi, dhimbje koke, shqetësim

7.Frymemarrja

Simptomat: takipne, rritje e frekuencës respiratore, thëllësi

8.Siguri

Simptomat: ethe, prurit

Diagnozat dhe ndërhyrjet infermierore

1.Rrezik për deficit të volumit të lëngjeve ose humbje e lëngjeve të tepërta

Qëllimi: Rritja e homesostazës

Rezultatet: Arritja e një balance ndërmjet marrjeve dhe nxjerrjeve. një turgor I mirë I lëkurës, memebrana dhe mukozat e ruajtura, pulsus periferik, stabilitet të peshës dhe shenjave vitale, balancë të ekuilibrit elektrolitik.

Ndërhyrja infermierore

Matja e sakte e marrjeve dhe nxjerrjeve

Dhënie e lëngjeve të lejuara gjatë 24 orëve

Monitorimi I presionit të gjakut

Vezhgimi I shenjave të dehidrimit

Bashkëpunimi

2.Lodhja, anemia

Qëllimi: Prano situatën që është fakt

Rezultati: Njofto një ndjenjë të përmisimit të energjisë

Ndërhyrja infermierore

Vlerso lodhjen, veshtiresinë për të përfunduar detyrat e dhëna

Vlerso aftësinë për të marrë pjesë në aktivitetet e dëshiruara

Identifikimi I faktorëve stresantë

Bashkëpunimi

3.Imbalance nutricionale: më pak se sa kërkesat e organizmit

Qëllimi: Tregon një peshë të qëndrueshme

Rezultatet: Ruajtja, rritja në peshë, mungesa e edemave

Ndërhyrja infermierore:

Vlerso marrjet me anë të dietës

Jepi pacientit të hajë pak dhe shpesh

Jepi pacientit një listë të ushqimeve dhe lëngjeve që lejohen dhe inkurajoje përfshirjen e tij në perzgjedhjen e menuesë

Bashkëpunimi

(88,89)

8.5 Urolitiaza

Urolitiaza është procesi I formimit të gurëve në veshka vezikën urinare dhe ureter.

Kujdesi infermieror

1.Dhimbja acute

Diagnoza infermierore:

Dhimbje acute

Mund të lidhet me:

Rritja e frekuences,forcës së kontraktimit uretral

Trauma të indeve,formimi edemës,ishemi

Rezultatet e dëshiruara

Dhimbja është liruar me spazma të kontrolluara

Pushim,pacienti është I aftë të flejë dhe të pushojë në mënyrë të përshtatshme.

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Të përcaktohet vendndodhja kohëzgjatja intensiteti dhe rrezatimi. Të dokumentohen shenjat joverbale si pulsi apo presioni i gjakut, pushimi, shqetësimi	Ndihmon në vlersimin e vendit të obstruksionit dhe progresit të lëvizjes së kalkulit. Dhimbja sugjeron që gurët janë në zonën e veshkave, mbi ureter.
Sqaroni shkakun e dhimbjes dhe nevojën për dhënien e ndihmës në rastin e ndryshimeve në paraqitjen e dhimbjes dhe të karakteristikave të saj	Ofron mundesi për administrimin në kohë të analgjezikeve dhe ngre alaramin në lidhje me kujdesin e vazhdueshëm në rast të kalimit të gurit dhe komplikimeve në vazhdim. Nderprerja e papritur e dhimbjes zakonisht tregon kalim të gurit.
Ndermerr masa komforti	Promovon relaksim redukton tensionin e muskujve dhe rrit perballimin
Inkurajo perdorimin e fryëmarrjes së fokusuar,dhe aktivitete diversionale	Rikthen vëmendjen dhe ndikon në relaksim e muskujve
Raporto dhimbjen e vazhdueshme abdominale.	Obstruksioni I uretrës mund të shkaktojë perforacion dhe dalje të urinës në hapësirën perirenale. Kjo paraqet një emergjencë acute kirurgjikale.
Apliko kompresa të ngrohta	Heq tensionin e muskujve dhe zvoglon spazmat muskulare
Kontrollo dhe vendos kateterin nëse nevojitet	Parandalon stazën urinare ose mbajtjen,zvoglon rrezikun e rritjes së presionit të veshkave dhe infeksionin.

2.Dëmtimi I eleminimit urinar

Diagnoza infermierore

Dëmtim I eleminimit urinar I lidhur me:

Stimulimi I fshikëzës nga kalkuli, irritimi renal ose uretral

Obstruksionet mekanike, inflamacioni

Qëllimi:

Eleminimi I shenjave të obstruksionit

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Matja e marrjeve dhe nxjerrjeve si dhe karakteristikat e urinës	Jep informacion në lidhje me funksionin e veshkave dhe prezencën e komplikacioneve. Hemorragjia mund të tregojë obstruksion ose irritim të urtrës.
Inkurajoni pacientin të ecë nëse është e mundur.	Për të lehtësuar kalimin spontan
Promovoni futje të mjaftueshme të lëngjeve	Rritja e hidratimit mund të lehtësojë kalimin e kalkulit
Sugjeroni pacientit vecanarisht lëngje frutash	Për të ulur aciditetin e urinës
Analizoni urinën	Dokumentoni ndonjë kalkul dhe dergojeni në laborator për analize. Rikthimi I kalkulit lejon identifikimin e llojit të gurit dhe ndihmon në zgjedhjen e terapisë
Palponi vezikën urinare për prani të distesionit suprapubik. Mbani shenim uljen e prodhimit urinar, praninë e edemave periorbitale.	Retensioni urinar mund të zhvillohet duke sjellë distension të vezikës, rritje të rriskut për infeksion, dëmtim renal
Observoni për ndryshime në statusin mental, sjellje apo nivelin e koshiencës.	Akumulimi I mbetjeve uremike dhe disbalanca elektrolitike mund të jetë toksike për SNQ.
Vendosja e kateterëve kur indikohet	Mund të jetë e nevojshme për të lehtësuar eliminimin e urinës, për të parandaluar retensionin dhe komplikimet e mundshme.
Kontrolloni nivelet e treguesve laboratorikë si elektrolitet kreatinina, nivelin e uresë në gjak	Vlersimi I uresë në gjak kreatininës dhe disa elektroliteve tregojnë praninë dhe shkallën e disfunksionit renal
Merrni sasi urine për kulturë dhe mbjellje.	Percakton praninë e infeksioneve të traktit urinar të cilat mund të shkaktojnë dhe mund të komplikojnë simptomat.

3. Risk për deficiencë të volumit të likideve

Diagnoza infermierore

Risk për deficite të volumit të likideve

Faktoret e rriskut përfshijnë:

Nauze-të vjella

Diureza post obstructive

Rezultatet e dëshiruara

Mbajtja e një ekuilibri adekuat të likideve që dëshmohet nga pesha dhe shenjat vitale brenda normës, palpimi I dukshëm I pulsit periferik, turgor I mirë I lëkures, membranë mukoze të ruajtura.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Monitorimi dhe dokumentimi I peshës dhe marrjeve dhe nxjerrjeve të përditshme	Krahasimi I prodhimit të parashikuar dhe atij actual ndihmon në vlersimin e prezencës dhe shkallës së stazës renale apo demtimit. Funkzioni I demtuar renal dhe ulja e prodhimit urinar mund të rezultojnë me volum të lartë qarkullues dhe shenja dhe simptoma të demtimit renal
Sheno incidencën dhe dokumento karakteristikat dhe frekuencën e të vjellave dhe diarrese	Nauze të vjellat dhe diarrea zakonsiht janë të lidhura me koliken renale sepse ganglioni celiac shërben si per veshkën dhe për stomakun njëkohesisht.
Regjistroni marrjet fluide 3-4 l në ditë brenda tolerancës kardiake	Mban ekuilibrin e lëngjeve për homeostazë Dehidrimi dhe imbalance e likideve mund të ndodhë gjatë humbjes së tepërt të lëngjeve.
Monitoroni shenjat vitale. Vlersoni pulsingmbushjen kapilare,turgorinë e lëkures,dhe mukozat	Indikator të hidratimit dhe volumit qarkullues dhe nevojën për nderhyrje. Ulja e filtrimit glomerular stimulon prodhimin e renit I cili vepron për të ngritur presionin e gjakut në një perpjekje për të rritur rrjedhjen e gjakut renal.
Peshoni pacientin cdo ditë	Rritja e peshës mund të jetë tregues që lidhet me retensionin urinar
Kontrolloni hemoglobinën hematokritin dhe elektrolitet	Vlersimi I hidratimit dhe efektshmërisë së trajtimit
Inkurajoni pacientin për një dietë të qartë,likide dhe ushqim të tolerueshëm.	Ushqimet që treten lehte ulin aktivitetin gastrointestinal dhe ndihmojnë në ruajtjen e ekuilibrit të lëngjeve dhe elektroliteve
Administroni medikamentet sic indikohet	Sjell uljen e nauzeve dhe të vjellave

4.Deficite të njohurive

Diagnoza infermierore

Deficite të njohurive të lidhura me gjëndjen prognozen trajtimin vetëkujdesin .

Mund të lidhet me:

Mungesën e ekspozimit,keqinterpretimin e informacionit

Mosnjohja e burimeve të informacionit

Rezultatet e dëshiruara

Të kuptuarit me fjalë të procesit të sëmundjes dhe komplikimeve të mundshme

Lidhja e simptomave me faktorët shkakatarë

Të kuptuarit me fjalë e nevojave terapeutike

Inicimi I ndryshimeve në mënyrën e jetesës dhe marrja pjese në trajtim.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Rikujto dhe analizo procesin e sëmundjes dhe pritshmeritë	Ofron njohuritë bazë për pacientin I cili mund të bëjë zgjedhje të informuara
Thekso rendësinë e rritjes së marrjeve të lëngjeve 3-4 l në ditë ose 6-8 l në ditë. Inkurajoni pacientin të tregojë në lidhje me tharjen e gojës, diurezën e tepruar dhe rritjen e marrjes së likideve nëse është apo jo I etur.	Rritja e humbjës së lëngjeve ose dehidrimi kërkojnë konsum shtesë përtej nevojave të përditshme .
Rishikimi I dietës për cdo individ.	Ushqimi varet nga lloji I gurit. Të kuptuarit nga ana e pacientit në lidhje me kufizimin në diete ofron mundesi për zgjedhje të informuar nga ana e pacientit, rrit bashkëpunimin dhe parandalon përsëritjet.
Dietë e varfër me purinë	Ul marrjet orale të prekusoreve të acidit uric
Dietë e varfër me kalcium	Zvoglon rrezikun e formimit të gurit calcium
Dietë e varfër me oksalate	Zvoglon rrezikun e formimit të gurit oksalat
Promovimi I aktiviteteve të reegulla dhe ushtrimeve	Pasiviteti kontribuon në formimin e kalkulit..
Aktivitete që lidhen me regjimin dietik dhe ndryshimet në mënyrën e jetesës	Ndihmon pacientin për të kuptuar atë që po ndodh dhe për të dhprehur ndjenjat e tij në lidhje me situatën.
Identifikimi I shenjave dhe sipmtomave që kërkojnë vlersim mjeksor	Duke patur probabilitet të lartë të formimit të gurit nderhyrja e shpejtë mund të parandalojë komplikimet e mundshme.
Demonstrimi I kujdesit të duhur dhe ëer kateterin nëse ështëëe nevojshme	Promovon vetëkujdesin dhe pavarsinë .

(87,88,89)

Ka dy lloje kryesore të dializës që janë:

8.6 Hemodializa dhe dializa peritoneale

Hemodializa paraqet pastrimin e gjakut nga produktet e metabolizmit të cilat filtrohen dhe largohen përmes membranës artificiale gjysëm përkuese e cila gjendet jashtë organizmit. Procesi i hemodializës i zëvendëson disa nga funksionet e veshkës. Me kete veprim largohen produktet perfundimtare të metabolizmit të proteinave, rregullon sasinë e elektroliteve dhe aciditetin ne organizëm.

Hemodializa është kembimi i molekulës përmes membranës gjysëm përkuese në bazë të proceseve të difuzionit që është kalueshmëria e molekulës përmes membranave gjysëm përkuese nga mjedisi më i madhe në mjedis me koncentrim më të vogel dhe

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

ultrafiltracionit që është kalimi i lengut dhe substancave të tretura në ëe nga vendi me shtypjen më të madhe në atë me shtypjen më të vogël.

Hemodializa ose sic quhet ndryshe veshka artificiale është terapia më e aplikuar renale zëvendësuese. Në disa paciente sëmundja renale kronike përkeqësohet dhe pacienti ka nevojë për terapi renale zëvendësuese. Në këta paciente janë prezente shenjat e uremisë, nuk arrihet të kontrollohet presioni I gjakut, mbingarkesa volumore e pacientit si dhe vihet re një përkeqësim I statusit nutricional të tij. Hemodializa është një metodë e shpejtë dhe efikase për të eliminuar urinën dhe produktet e tjera toksike. Ajo kryhet zakonisht tre herë në javë për 4 ore dhe mund të bëhet në spital në një qendër të specializuar për dialize ose në shtëpi.

Hemodializa kryhet permes tre akseve:

- Një kateter
- Një fistul
- Një graft

Komplikacionet e hemodializës:

1. Komplikacione sistemike

a) Aneurizma e anastamozës së fistulës

b) mekanike (trombozë)

c) infektive

d) kardiovaskulare (hypotension, aritmi, tamponadë kardiake, fibrilacion atrial)

e) pulmonare (dispne)

f) metabolike (hipokalemi, hiponatremi, hipernatremi)

2. Komplikacione sistemike

a) Stenoza dhe bllokimi

b) Infeksioni

Kujdesi infermieror gjatë hemodializës

1. Rrezik për dëmtim

Diagnoza infermierore

Rrisk per dëmtim (humbje e aksesit të enëve të gjakut)

Faktorët e rrishtit përfshijnë:

Koagulimi

Infeksioni

Hemorragji të lidhur me dëmtime aksidentale

Rezultatet e dëshiruara

Ruajtja e aksesit vascular të pacientit

Mungesa e infeksionit

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Monitoro për devijime të shunteve arteriovenoze të brendshme në interval të shpeshta	Për të vlersuar gjëndjen e pacientit.
Palponi për demtime distale	Dëmtimi është shkaktuar nga turbullimet e presionit të lartë të gjakut, presionit të ulur venoz.
Shenohet ngjyra e gjakut dhe ndarja e qartë e qelizave dhe serumit	Ndryshimi i ngjyrës nga e kuqe uniforme në të kuqe të errët tregon rrjedhjen e ngadalte të gjakut ose koagulim të hershëm.
Prekni lekurën përreth shuntit për	Zvoglimi I rrjedhjes së gjakut në shunt

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

ngrohtësi	
Vlersoni raportet e dhimbjes mpirje apo ndjesi shpimi.	Mund te tregojë furnizim të pamjaftueshem me gjak
Shmangni traumat e shuntit. Limitoni aktivitetin e ekstremiteteve.Instruktoni pacientin të mos fleje në anën e shuntit,apo të mbajë ngarkesa në ekstremitetin e prekur	Ul rriskun e koagulimit.
Vlerso lekurën përreth enëve të gjakut duke vënë në dukje skuqjen enjtjen ngrohtësine locale, eksudat butësi.	Shenjat e infeksionit local mund të agravohen në sepsis nëse nuk trajtohen
Shmangni kontaminimin e zonës. Perdorni teknika aseptike dhe maskë kur jepni kujdesin ,ndryshoni veshjen dhe kur filloni apo mbaroni procesin e dializës.	Ndalon futjen e mikroorganizmave që mund të shkaktojnë infeksion
Monitoroni temperaturën.Vini re praninë e etheve të dridhura hypotension.	Shenjat e infeksionit apo të sepsisit kërkojnë nderhyrje të menjëhershme mjeksore
Marrja e mostrave të gjakut sic indikohet	Tregon dhe percakton praninë epatogjenëve
Monitoroni protrombinen.	Jep informacion në lidhje me statusin e koagulimit,identifikon nevojat e trajtimit dhe vlerson efikasitetin.
Administroni medikamentet sic indikohet	Për të parandaluar koagulimin,për të luftuar infeksionin dhe sepsisin

(25,26)

2.Deficienca e volumit të likideve

Diagnoza infermierore

Risk për deficiencie në volumin e likideve

Faktoret rriskues përfshijnë:

Kufizimet e likideve

Humbjet e gjakut

Rezultati I dëshiruar

Mbajtja e nje balance të likideve që dëshmohet me peshë të qëndrueshme,shenjat vitale në normë,turgor të mirë të lëkurës,membranat mukoze të ruajtura,mungesa e hemorragjisë.

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Maten të gjitha burimet e marrjeve dhe nxjerrjeve të likideve.Mbahet nje ditar nga ana e pacientit	Ndihmon në vlersionin e statusit fluid vecanarisht kur bëhet krahasimi me peshën.Prodhimi I urines është një vlersion I pasaktë I funksionit renal në pacientet me dialize.Disa individe kane prodhim te pakët të urinës me largim të pakët të toksinave kundrejt disa individeve të tjerë që kanë anuri ose

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

	oliguri
Monitorimi I presionit të gjakut pulsit dhe presionit hemodinamik nëse vihet re gjatë hemodializës.	Hipotensioni takikardia dhe rënia e presionit hemodinamik sugjerojnë për rënie të volumit.
Peshimi cdo ditë para dhe pas dializës.	Humbja e peshës me kalimin e kohës është një matës I ultrafiltrimit dhe largimit të likideve
Vini re faktin se kur diuretiket dhe antihypertensivët duhet të ndalen.	Dializa fuqizon efektet hipotensive nëse keto barna janë administruar.
Vendoseni pacientin ne pozicionin shtrirë ose Tradelenburg nëse është e nevojshme.	Nëse hipotensioni ndodh këto pozicione maksimizojnë kthimin venoz.
Vleroni pacientin për hemorragji në mukoza,incizione apo plagë.	Heparinizimi sistemik gjatë dializës rrit kohën e koagulimit dhe e vendos pacientin në rrezik për hemorragji sidomos gjatë 4 orëve të para pas procedurës
Monitorimi I testeve laboratorike	
Hb/Hct	Mund te reduktohen për shkak të anemisë,humbjeve acute të gjakut
Elektrolitet në serum dhe Ph	Imbalanca mund të kerkoje zevendesim shtesë për të arritur balancen e duhur.
Koha e koagulimit,PT/APPT dhe numerimi I trombociteve	Perdorimi I heparinës për të parandaluar koagulimin e gjakut ndryshon koagulimin dhe fuqizon hemorragjinë active.
Administrimi I solucioneve intravenoze gjatë dializës sic indikohet	Solucionet e kripura/dekstrozës elektrolitet NaHCO ₃ mund të infuzohen në anën venoze të hemofiltrit arteriovenoz të vazhdueshem kur shkalla e lartë e hemofiltrimit është perdorur për largimin e likideve ekstracelulare dhe solucioneve toksike.
Ulja e norms se ultarfiltrimit gjate dializes nese eshte e nevojshme	Redukton sasine e ujit duke e eleminuar dhe mund të korrigojë hipotensionin dhe hipovoleminë.

3.Sasia e tepërt e likideve

Diagnoza infermierore

Rrisk për volum të lartë të likideve

Faktoret rrishtesë perfshijnë:

Futja e tepërt e likideve:I/V,gjaku,plazma,kripa e dhënë gjatë dializës.

Rezultati I dëshiruar

Rruajtja e peshës së pacientit brenda normës

Mungesë të edemës

Frymemarrje me tinguj të qartë dhe nivelet e sodiumit në serum brenda vlerave normale.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Matja e të gjithë burimeve të marrjeve dhe nxjerrjeve. Peshimi rutine	Ndihmon në vlersimin e statusit fluid zakonisht kur krahasohet me peshën. Shtimi në peshë ndërmjet trajtimeve nuk duhet të kalojë 0.5 kg në ditë
Monitorimi I presionit arterial dhe pulsit.	Hipotensioni dhe takikardia në hemodializë mund të rezultojë nga mbikngarkesa me likide
Vini re praninë e edemave periferike ose sakrale ralet respiratore, dispneë, ortopneë, distendimin e venave të qafës, ndryshimet në EKG që janë tregues të hipertrofise ventrikulare.	Volumi I tepërt I lëngjeve për shkak të dializës joefikase dhe hiperkalemisë së përsëritur gjatë trajtimit me dializë mund të shkaktojë ose përkeqësojnë dëmtimin renal sic tregohet nga shenjat dhe simptomat respiratore dhe kongestionit venoz.
Vini re ndryshimet në statusin mental.	Mbingarkesa me lëngje dhe hiperkalemia mund të sjellin edemën cerebrale
Monitoroni nivelet e sodiumit në serum. Kufizoni marrjen e sodiumit nëse indikohet.	Nivelet e larta të sodiumit janë të lidhura me mbingarkesën në likide, edemën, hipertensionin, dhe komplikacionet kardiake

Dializa është largimi I likideve dhe produkteve të dëmshme nga organizmi një funksion që kryhet nga veshka nëpërmjet perdorimit të mjeteve artificiale.

Dializa Peritoneale kërkon shkëmbimin e lëngjeve dhe lëndëve të tretura mes kapilarëve peritoneale të gjakut dhe një zgjidhje e dializës në zgavren peritoneale nëpër membrane e cila përbëhet nga një mur vascular intersticiumi dhe mezoteliumi.

(71). Indikacionet absolute për të filluar dializën.

Hiperkalemia jo medikamentoze
Hematuria
Mbingarkesë lengjesh ose edema pulmonare
Hipertensioni rezistent ndaj mjekimit
Perikarditi
Anoreksi, Nauze, Të vjella
Insuficienca renale kronike
Filtrimi glomerular nën 10 ml/min
Nuropatia uremike

(16).

Ka disa lloje teëdializës peritoneale:

- Dializa peritoneale me nderprerje
- Dializa peritoneale ambulatorë
- Dializa peritoneale ciklike

Komplikacionet e dializës peritoneale

a) mekanike (hematoma, hemorragji)

b) infektive

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

- c)kardiovaskulare(hypotension,aritmia)
 d)pulmonare(pneumoni,atelektazë)
 e)metabolike(hypoalbuminemia,hiperglicemia,hipertrigliceridemia)

Plani I kujdesit infermieror

1.Rrisk për deficit të vëllimit të likideve

Diagnoza infermierore

Rrisk për deficit të volumit të likideve që përfshin:përdorimin e koncentreve për dializë për heqjen e lëngjeve të tepërta qarkulluese

Rezultatet e dëshiruara

Do të arrihet ndryshimi I dëshiruar në vëllimin e likideve dhe peshë presion arterial dhe nivele të elektroliteve brenda normës.

Pacienti nuk do të përjetojë asnjë simptomë dehidrimi.

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Matja dhe shënimi I të gjithë marrjeve dhe nxjerrjeve duke përfshirë të gjithë lëngjet e trupit të tilla si kullimi I plagëve,prodhimet nazogastrike,diarre.	Jep informacion në lidhje me statusin e likideve,të marrjeve dhe të humbjeve në fund të cdo shkembimi
Të vlersohet Hb dhe Hct dhe të zevendesohen të gjithë elementet e gjakut nëse indikohet.	Kjo është e rëndësishme në funksion pas dializës për të parë nëse nivelet e hematokritit janë normale ose afër normales dhe sugjeron nevojën për modifikimin e dializës në situatë të tilla
Te planifikohen kullimet që vijnë nga abdomen .	Sidomos kur përdoret glukoze 4.5% e cila mund të shkaktojë humbje të tepërt të lëngjeve.
Monitoro shenjat vitale,shiko dhe raportoj për ndonjë shenjë të perikarditit,perfuzion renal joadekuat,dhe acidozë	Pacientet me sëmundje renale në stad të fundit mund të komplikohen në sëmundje të zemrës
Monitoro presionin arterial dhe pulsën.Shëno nivelin e pulsit jugular	Ulja e presionit arterial hipotensionit postural dhe takikardia janë shenjat e para të hypovolemisë.
Raporto shenja të tilla si të vjella,marrje mendesh,etj,	Mund të indikojë për hipervolemi dhe sindromin hiperosmolar.
Inspekto membranat mukoze,turgorin e lekures,pulsin periferik,mbushjen kapilare.	Membranat mukoze të thata,turgori I dobët I lekures,demtimi I mbushjes kapilare janë tregues të dehidrimit dhe rrisin nevojën për konsum.
Monitoroni nivelet e treguesve laboratorike ,nivelin e sodiumit dhe glukozës në serum	Solucionet hipertoniqe mund të shkaktojnë hipernatremi duke eliminuar më shumë ujë se sa sodium.
Të ruhet ekuilibri I duhur I elektroliteve,niveli I kaliumit në serum,për simptoma të hiperkalemisë,ndryshimet në elektrokardiogramë dhe të raportohen menjëherë	Dhe pse një përqindje e vogël e pacientëve janë kronike hiperkalemike hiperkalemia është larg nga anomalite më të shpeshta të pacientëve me dializë.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Vlersimi I pacientit shpesh sidomos gjatë trajtimit urgjent për të ulur nivelet e kaliumit.Nëse pacienti merr glukozë hipertonike dhe infuzione insulin të monitorohen nivelet e kaliumit.Nëse ju I jepni pacientit sodium me anë rekatale sigurohuni që pacienti nuk e mban ate dhe I shkakton konstipacion	Për të parandaluar perforacionin e zorrës
Ruani statusin nutritional.Sigurimi I ushqyerjes me kalori të larta me proteina të ulta me nivele të ulta sodium dhe kaliumi,shtojce vitaminash	Për të balancuar marrjet në dietë
Rivendosni vëllimin e lengjeve pas traumave apo operacione të renda.	Sindromi I dializës disekuilibruese është një ndërlikim I shpeshtë I terapisë renale zëvendësuese dhe lidhet me ndryshimet në balancën e likideve.

2.Rrisk për frymemarrje të paefektshme

Diagnoza infermierore

Rrisk për frymemarrje të paefektshme që lidhet me faktorë të tillë si:

Procese inflamatore

Presioni abdominal

Rezultatet e dëshiruara

Pacienti shfaq një frymemarrje efektive me tinguj të qartë

Nuk perjeton shenja të dispensë dhe të cianozës.

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Monitorimi I frekuencës respiratore dhe efortit.Ulja e shkallës së infuzionit nëse dispnea është e pranishme	Takipnea dispnea gulcimi gjatë dializës tregojnë për presion diafragmatik nga zgavra peritoneale ose mund të tregojë komplikime në vazhdim
Askultimi I mushkërive duke vënë në dukje uljen apo mungesën e tingujve ,kercitje,wheezing,tirazh.	Ulja e ventilimit sugjeron për atelektazë ndërsa tingujt e rastiit mund të sugjerojnë për mbingarkesë në likide sekrecione të pashperndara apo infeksion.
Shënnoni permbajtjen sasinë dhe ngjyrën e sekrecioneve.	Pacienti është I ndjeshëm ndaj infeksioneve të mushkerive si rezultat I deprimimit të qëndrës së kollës efortit respirator, rritja e viskozitetit të sekrecioneve,si dhe alterimi I përgjigjes imune me sëmundjen kronike.
Ngrini kokën e krevatit ose ulni pacientin në karrige.	Promovoni ushtrimet e thella të frymëmarrjes dhe të kollitjes.Lehteson zgjerimin e diafragmës,ventilimin dhe mobilizimin e sekrecioneve
Rishikoni ABG-s pulsine oksimetrik.	Ndryshimet në PaO2 dhe Pa CO2 dhe shfaqja e infiltrative dhe kongestionit sugjerojnë zhvillimin e problemeve pulmonare.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

Administroni oksigjen suplementar nëse nevojitet	Maksimizoni oksigjenin për enët e gjakut, parandalimin dhe pakësimin e hipoksisë
Administroni analgjezike nëse nevojitet	Lehtëson dhimbjen lehtëson kolëen dhe nxit frymëmarrjen
Ruani statusin nutricional. Sigurimi I ushqyerjes me kalori te larta me proteinë te ulta me nivele të ulta sodium dhe kaliumi, shtojcë vitaminash	Për të balancuar marrjet në dietë

3. Risk për infeksion

Diagnoza infermierore

Risk për infeksion si pasojë e faktorëve të tillë:

Ndotja e kateterit gjatë inserimit

Kontaminimi I lekurës në vendin e futjes së kateterit

Rezultatet e dëshiruara

Ndërhyrje për të parandaluar zvogluar rrezikun e infeksionit

Mungesë të shenjave dhe simptomave të infeksionit

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Pozicionimi me kujdes I pacientit. Ngrihet koka e krevatit.	Për të ulur presionin mbi difragm dhe për të ndihmuar në frymëmarrje
Të qenit vigjilent për shenjat e infeksionit dhe rrallë për hemorragji	Rrjedhja është shenje e një infeksioni peritoneal
Observoni për teknika aseptike të përpikta dhe mbani maska gjatë inserimit të kateterit dhe sa herë që sistemi është hapur.	Parandalon futjen e mikroorganizmave dhe kontaminimin që mund të sjellin infeksion.
Ndryshoni tubat dukë qënë të kujdesshëm që të mos largoni kateterin, Shënoni ngjyrën, erën dhe karakterin e rrjedhjes.	Mjedisi nxit rritjen e baktereve. Kullimi purulent në vendin e shpimit sugjeron praninë e infeksionit lokal.
Observoni ngjyrën dhe qartësinë e rrjedhjes.	Rrjedhja tregon për një infeksion peritoneal
Aplikoni betadine në skajet distale dhe në kateter kur përdoret terapia e përhershme me dializë.	Zvoglon rrezikun e hyrjes së baktereve nëpërmjet kateterit midis trajtimeve me dializë kur kateteri është shkeputur nga sistemi i mbyllur.
Shikoni për të perziera, të vjella, dhimbje të forta barku, ethe dhe leukocitozë.	Shenjat dhe simptomat sugjerojnë peritonit që kërkon ndërhyrje të shpejtë.
Merrni mostra gjaku, si materiale në vendin e kullimit dhe të shpimit për kulturë dhe ndjeshmeri.	Identifikon llojet e organizmave të pranishëm dhe zgjedhjen e ndërhyrjes
Monitoroni qartësinë renale: kreatinina, niveli I acidit urik	Zgjedhja dhe doza e antibiotikeve janë të indicuara nga niveli I funksionit renal
Monitoroni numrin e rruazave të bardha të gjakut.	Numri i lartë i tyre sugjeron për infeksion.
Administroni antibiotikët sistëmiqë dhe	Trajtoni infeksionin, parandaloni sepsisin.

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

dializën sic indikohet (25,26)	
<p>4.Dhimbja acute Diganoza infermierore Dhimbja acute E cila mund të lidhet me: Futjen e kateterit nëermjet paretit abdominal Irritimi/infeksioni brenda zgavrës peritoneale Rezultatet e dëshiruara Pacienti do ta shprehë me fjalë uljen e dhimbjes dhe diskomfortit Pacienti do të demostrojë shprehje të ftyres të relaksuar,do të jetë në gjëndje të flejë dhe të pushojë në mënyrë të përshtatshme.</p>	
Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Hetoni raportet e dhimbjes së pacientit,intensitetin vendndodhjen dhe faktorët precipitues.	Ndihmon në identifikimin e burimit të dhimbjes dhe të aplikimit të nderhyrjeve të duhura
Monitoroni dhimbjen e cila fillon gjatë hyrjes dhe vazhdon gjatë gjithë fazës ekuilibruese.	Dhimbja ndodh në atë kohë nëse dializati acid shkakton acarim kimik të membranës peritoneale
Shënoni raportimet e diskomortit që është më I theksuar në fund ëe hyrjeve dhe fut jo ëe shumë se 2000 ml solucion në një kohë ëe vetme.	Ndodh si rezultat I distensionit abdominal nga dializati.Sasia e infuzionit duhet të ulet fillimisht
Parandalohyrjen e ajrit në zgavrën peritoneale gjatë infuzionit.Sheno raportimin e dhimbjes në zonën e shpatullës	Futja e paqllimshme e ajrit në abdomen irriton diafragmën dhe rezulton me dhimbje të referuar në shpatull. Ky lloj shqetesimi mund të raportohet dhe gjatë fillimit të terapisë ose gjatë infuzionit dhe zakonisht është I lidhur me iritimin e diafrgamës gjatë distensionit abdominal.
Ngre koken e krevatit në intervale kohore.Ktheni pacientin nga njëra anë në tjetërën.Siguroni kujdes të vazhdueshëm dhe masazh.	Ndryshimi I pozicionit dhe masazhi mund të lehtësojnë distensionin abdominal dhe diskomfortin e përgjithshëm të muskujve
Ngrohni dializatin në temperaturën e trupit perpara se ta inseroni.	Ngrohja rrit normën e largimit ëe uresë nëpërmjet dilatatimit të enëve peritoneale.Dializati I ftohtë shkakton vazkonstriksion që sjell siklet dhe ul shumë temperaturën e trupit ,nxit arrestin kardiak.
Monitoro për dhimbje të forta dhe të vazhdueshme abdominal dhe rritje të temperaturës	Mund të tregojë zhvillimin e peritonitit
Inkurajoni përdorimin e teknikave të relaksimit.	Rrit vëmëndjen dhe promovon ndjenjën e kontrollit
Administroni analgjezike	Eliminon dhimbjen dhe diskomfortin
Shtoni hidroksid natriumi në dializate	Përdoret për të ndryshuar Ph nëse

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

nëse indikohet	pacienti nuk e toleron dializatit acid.
<p>5.Rrisk për trauma Diagnoza infermierore Rrezik për trauma Faktorët e rrishtit përfshijnë: Kateteri I inseruar në kavitetin peritoneal Zona në afërsi të zorrës për potencial të mundshëm perforacioni gjatë vendosjes apo manipulimit me kateterin Rezultatet e dëshiruara Nuk perjeton pacienti asnjë dëmtim në zorrë apo në vezikën urinare</p>	
Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Zbraza e vezikës së pacientit para inserimit peritoneal të kateterit.	Një vezikë urinare bosh është më larg nga vendi I hyrjes së kateterit dhe zvoglon rrezikun e shpimit gjatë futjes së kateterit.
Vini re praninë e materialeve fekale ,nevojën e madhe për të defekuar,e shoqëruar me diarre.	Sugjeron perforacion të zorrës me perzierje të dializatit dhe të përmbajtjes së zorrës
Shenoni raportimet e nevojës për të vjelle apo të prodhimit të madh të urinës.Analiza e urinës për prezencë të sheqerit indikohet.	Sugjeron perforacion të vezikës urinare me rrjedhje të dializatit në fshikëz.Prezenca e glukozës në dializatë e do të sjelle në rritjen e glukozës në urinë.
Ndaloni dializën nëse ka evidencë të perforacionit të zorrës apo të vezikës urinare duke e lënë kateterin peritoneal në vend.	Ndërhyrja e shpejtë parandalon dëmtimin e mëtejshëm.Mund të kërkohet riparim I menjëhershëm kirurgjikal.Lënia e kateterit në vend lehtëson diagnostikimin dhe gjetjen e perforacionit.

6.Rrisk për volum të lartë të likideve

Diagnoza infermieror

Rrisk për volum të lartë të likideve

Faktorët e rrishtit

Gradient osmotik inadektuat I dializatit

Retension I fluideve

Futje e tepruar orale dhe I/V.

Rezultatet e dëshiruara

Eksperience e munguar ne fitimin e peshës,edemës dhe kongjestionit pulmonar

Ndërhyrjet infermierore	Shpjegime të arsyeshme
Të mbahet shënim volumi I hyrjeve dhe daljeve,dhe balanca kumulative.	Një bilanc pozitiv tregon nevojën e vlersimit të mëtejshëm
Mbani shënim peshën krahasuar me balancën e hyrjeve dhe nxjerrjeve.Peshoni pacientin kur abdomen është bosh nga dializati.	Një bilanc pozitiv I lëngjeve me rritje në peshë tregon mbajtje te lëngjeve.
Vlerso qartësinë e kateterit duke shënuar veshitësinë në kullim.Vini re praninë e vargjeve fibrinë.	Ngadalësimi I normës së rrjedhjes dhe prania e fibrinës sugjerojnë për mbyllje të pjesshme të kateterit që kërkon vlersim

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

	të menjëhershëm dhe ndërhyrje
Ktheni pacientin nga një anë në tjetrën, ngrini kokën e krevatit, aplikoni shtypje të lehtë në abdomen.	Mund të pemrisojë rrjedhjen e lëngjeve kur kateteri është I keqpozicionuar dhe I penguar nga omentumi
Shënoni distensionin abdominal të lidhur me uljen e tingujve të zorrës, ndryshime në konsistencë, raportim për konstipacion.	Distensioni I zorrës dhe konstipacioni mund të pengojnë rrjedhjen
Monitoroni presionin e gjakut dhe pulsën ,vini në dukje hipertensionin,distensionin e venave jugulare,edeën periferike,monitoroni presionin venoz periferik.	Vleroni zemrën dhe rrahjet e saj duke vënë në dukje kërcitjet dhe tingullin S3 .Mbingarkesa me lëngje mund të sjellë insuficiencë kardiake dhe edemë pulmonare
Vleroni zhvillimin e takipnesë,dispensë,rritjen e efortit respirator.	Distesioni abdominal dhe diafragmatik mund të sjellin detres respirator
Vleroni ëer dhimbje koke,dhimbje të muskujve,konfuzion mendor,disorientim	Simptomat sugjerojnë për hiponatremi
Altrenoni dializatin nëse është e nevojshme	Ndryshimet mund të jënë të nevojshme në koncentrimin e glukozës dhe natriumit për të lehtësuar dializën efikase.
Monitoroni natriumin në serum.	Hipernatremia mund të jetë e pranishme dhe pse nivelet në serum mund të reflektojnë efektin e mbingarkesës së vëllimit të lëngjeve
Shto heparinë në fazën fillesatare të dializës.	Mund të jetë e dobishme në parandalimin e ngjithjes së fibrinës,qeë mund të sjelljë obstruksion të kateterit peritoneal.
Mbaj kufizimin e lëngjeve sic indikohet	Kufizimi I likideve mund të jetë I vazhdueshëm për të ulur mbingarkesën me likide.

(11).

9. BIBLIOGRAFIA

1. Acute renal failure(2147-2157)
2. Adrogé HJ, Madias NE (September 1981). "Changes in plasma potassium concentration during acute acid-base disturbances". *Am. J. Med.* 71 (3): 456–67. .
3. American Nephrology Nurses Association (ANNA). (2013). End-of-life module 1. Retrieved from <http://www.prolibraries.com/anna/?select=publication&publicationID=317>
4. American Society of Nephrology. "Five Things Physicians and Patients Should Question"(PDF). Choosing Wisely: an initiative of the ABIM Foundation (American Society of Nephrology). Retrieved August 17, 2012
5. Amgen Inc. (2009). "10 Symptoms of Kidney Disease". Retrieved 2009-05-26.
6. Amgen Inc. (2009). "10 Symptoms of Kidney Disease". Retrieved 2009-05-26.
7. Anaemia management in people with chronic kidney disease (CG114)". NICE Clinical Guideline. UK National Institute for Health and Care Excellence. February 2011.
8. Appel LJ, Wright JT, Greene T, Kusek JW , Lewis JB, Wang X, Lipkowitz MS, (April 2008). "Long-term effects of renin-angiotensin system-blocking therapy and a low blood pressure goal on progression of hypertensive chronic kidney disease in African Americans". doi:10.1001/archinte.168.8.832. PMID 18443258.
9. Appel, Gerald B; Mustonen, Jukka (2012). "Renal involvement with hantavirus infection (hemorrhagic fever with renal syndrome)". UpToDate. Retrieved 1 January 2013.
10. Baer, C. (2001). Principles of patient education. In: Lancaster, L. ANNA Core Curriculum for Nephrology Nursing (4th ed.). Pitman, NY: Anthony J Jannetti, Inc. 191-201.
11. Brommage, D. (Ed.). (2008). Nutrition in kidney disease, dialysis, and transplantation. In C.S. Counts (Ed). ANNAs core curriculum for nephrology nursing (5th ed.) (pp. 521-563). Pitman NJ: Anthony J. Janetti Inc.
12. Burrows-Hudson, S., & Prowant, B. (2005). Nephrology nursing standards of practice and guidelines for care. Pitman, NJ: Anthony J. Janetti, Inc.
13. Burrows-Hudson, S., & Prowant, B. (2005). Nephrology nursing standards of 42 practice and guidelines for care. Pitman, NJ: Anthony J. Janetti, Inc.
14. A.D.A.M. Medical Encyclopedia (2012). "Acute kidney failure". U.S. National Library of Medicine. Retrieved 1 January 2013.
15. Bacchetta J, Sea JL, Chun RF, Lisse TS, Wesseling-Perry K, Gales B, Adams JS, Salusky IB, Heersan M (August 2012). "FGF23 inhibits extra-renal synthesis of 1,25-dihydroxyvitamin D in human monocytes". *J Bone Miner Res.* 28 (1): 46–55. .
16. Bergamo collaborative dialysis study group(1991).Acute intradialytic well being result of a clinical trial comparing polysulfone with cuprophane.Kidney International 40,714-719.

17. Bostrom, M. A.; Freedman, B. I. (2010). "The Spectrum of MYH9-Associated Nephropathy". *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* 5 (6): 1107–13
18. Bover J, Jara A, Trinidad P, Rodriguez M, Martin-Malo A, Felsenfeld AJ. (1994). "The calcemic response to PTH in the rat: effect of elevated PTH levels and uremia.". *Kidney Int.* 46 (2)
19. Brandenburg VM1, Cozzolino M, Ketteler M. (2011). "Calciphylaxis: a still unmet challenge". *J Nephrol.* 24 (2): 142–8.
20. Brenner BM, Cooper ME, de Zeeuw D, Keane E F, Mitch WE, Parving HH, Remuzzi G, Snapinn SM, Zhang Z, Shahinfar S (2001). "Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy". *N Engl J Med* 345 (12): 861–9..
21. Burrows-Hudson, S., & Prowant, B. (Ed.) (2005). ANNA nephrology standards of practice and guidelines for care. Pitman, NJ: Anthony J. Janetti, Inc.
22. Carnevali D.L.1983,Nursing care planning,Diagnosis and management.
23. Carnevali.D.L.1983,Gordon M.1982,Nursing care planiong,Diagnosis and management,Nursing diagnosis process and application.
24. Carpenito.L.J.1983,Nursing diagnosis,Application to clinical practice.
25. Centers for Disease Control. (2005). Infection control for peritoneal dialysis patients.
26. Centers for Disease Control. (2005). Infection control for peritoneal dialysis patients. Retrieved August 26, 2007 from <http://www.bt.cdc.gov/disasters/pdf/icfordialysis.pdf>
27. Centers for Disease Control. Recommended infection control practices for hemodialysis units. Retrieved September 9, 2007 from 71
28. Chauhan V, Vaid M (November 2009). "Dyslipidemia in chronic kidney disease: managing a high-risk combination". *Postgrad Med* 121 (6): 54–61. .
29. Chavkin, Sasha; Greene, Ronnie (12 December 2011). "Thousands of sugar cane workers die as wealthy nations stall on solutions". International Consortium of Investigative Journalists. Retrieved November 26, 2012.
30. Chertow GM, Paltiel AD, Owen WF, Lazarus JM (1996). "Cost-effectiveness of Cancer Screening in End-Stage Renal Disease". *Archives of Internal Medicine* 156 (12): 1345–
31. Chronic Glomerulonephritis(2093-2098)
32. Clement FM, Klarenbach S, Tonelli M, Johnson JA, Manns BJ (22 June 2009). "The impact of selecting a high hemoglobin target level on health-related quality of life for patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis".
33. Costantini, L. (2006). Compliance, adherence, and self-management: Is a paradigm shift possible for chronic kidney disease clients? *CANNT Journal*, 16(4), 22-26.
34. Couser WG, Remuzzi G, Mendis S, Tonelli M. The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases. *Kidney Int.* Dec 2011;80(12):1258-1270.

35. Damman, Kevin; Valente, Mattia A. E.; Voors, Adriaan A.; O'Connor, Christopher M.; Veldhuisen, Dirk J. van; Hillege, Hans L. (2014-02-14). "Renal impairment, worsening renal function, and outcome in patients with heart failure: an updated meta-analysis". *European Heart Journal* 35 (7):
36. Dinwiddie, L.C. & Colvin, E.R. (2006). End-of-life care in the chronic kidney disease population. In Molzahn, A. & Butera, E. (Ed.) *Contemporary nephrology nursing: Principles and practices* (2nd ed.) Neë Jersey: Anthony Janetti.
37. Dr Andy Stein (2007-07-01). *Understanding Treatment Options For Renal Therapy*. Deerfield, Illinois: Baxter International Inc. p. 6. ISBN 1-85959-070-5.
38. Dr Per Grinsted (2005-03-02). "Kidney failure (renal failure with uremia, or azotaemia)". Retrieved 2009-05-26.
39. Dr. Tim Kenny. "Jaundice". Patient.co.uk. Retrieved 25 December 2014)
40. *Essentials of Human Physiology - "Glomerular Filtration Rate"*
41. Fadem, Stephen Z., M.D., FACP, FASN. *Calculators for HealthCare Professionals*. National Kidney Foundation. 13 Oct 2008.
42. Faul C, Amaral AP, Oskouei B, Hu MC, Sloan A, Isakova T, Gutiérrez OM, Aguillon-Prada R, Lincoln J, Hare JM, Mundel P, Morales A, Scialla J, Fischer M, Soliman EZ, Chen J, Go AS, Rosas SE, Nessel L, Toë nsend RR, Feldman HI, St John Sutton M, Ojo A, Gadegbeku C, Di Marco GS, Reuter S, Kentrup D, Tiemann K, Brand M, Hill JA, Moe OË , Kuro-O M, Kusek JË , Keane MG, Ë olf M. (2011). "FGF23 induces left ventricular hypertrophy.". *J Clin Invest* 121(11): 4393–408.
43. Francisco AL, Piñera C (January 2006). "Challenges and future of renal replacement therapy". *Hemodial Int* 10 (Suppl 1):
44. G, Lameire N, Barsoum R; et al. (2004). "The burden of kidney disease: improving global outcomes". *Kidney Int* 66: 1310–4. Martínez-Castelao, JL.
45. Górriz, J Bover; et al. (2014). "Consensus document for the detection and management of chronic kidney disease". *Nefrologia* 34 (2): 243–62.
46. Gardner, J., & walton, J. (2011). *Striving to be heard and recognized: Nurse solutions for improvement in the outpatient hemodialysis work environment*. *Nephrology Nursing Journal*, 38(3), 239-253.
47. GBD 2013 Mortality and Causes of Death, Collaborators (17 December 2014). "Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013.". *Lancet* 385 (9963): 117–171. Chronic Kidney 48.Disease". medscape.
48. Genovese, Giulio; Friedman, David J.; Ross, Michael D.; Lecordier, Laurence; Uzureau, Pierrick; Freedman, Barry I.; Boë den, Donald W .; Langefeld, Carl D.; et al. (2010). "Association of Trypanolytic ApoL1 Variants ëith Kidney Disease in African Americans". *Science* 329 (5993): 841–5.
49. "GFR calculator". *Kidney.org*. Retrieved 2011-09-25.

50. Giri M (2004). "Choice of renal replacement therapy in patients with diabetic end stage renal disease". *Edtna Erca J* 30 (3): 138–42. doi:.
51. Groothoff JË (July 2005). "Long-term outcomes of children with end-stage renal disease". *Pediatr. Nephrol.* 20 (7): 849–53.
52. Gutiérrez OM, Mannstadt M, Isakova T, Rauh-Hain JA, Tamez H, Shah A,
53. Smith K, Lee H, Thadhani R, Jüppner H, Wolf M (2008). "Fibroblast growth factor 23 and mortality among patients undergoing hemodialysis". *N Engl J Med.* 359 (6): 584–592.
54. Hardy, E. 1983, *The diagnostic sheet, Identifying care that is unique to nursing.*
55. Heidenheim AP, Kooistra MP, Lindsay RM (2004). "Quality of life". *Contrib Nephrol. Contributions to Nephrology* 145: 99–105.
56. Hruska KA, Mathe W S, Lund R, Qiu P, Pratt R (2008). "Hyperphosphatemia of chronic kidney disease". *Kidney Int.* 74 (2): 148.
57. [http://docs.google.com/viewer?url=http://www.lifenurses.com/wp-content/uploads/2010/10/Nursing-Interventions-Nursing-Care-Plan-for-patient with-Renal-Dialysis.pdf&chrome=true](http://docs.google.com/viewer?url=http://www.lifenurses.com/wp-content/uploads/2010/10/Nursing-Interventions-Nursing-Care-Plan-for-patient-with-Renal-Dialysis.pdf&chrome=true)
58. [.http://www.nkfs.org/kidney-disease/leading-causes-of-kidney-failure/causes-symptoms-and-treatment/](http://www.nkfs.org/kidney-disease/leading-causes-of-kidney-failure/causes-symptoms-and-treatment/)
59. [.http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/kidneyfailure/index.htm](http://kidney.niddk.nih.gov/kudiseases/pubs/kidneyfailure/index.htm)
60. <http://msl1.mit.edu/ESD10/kidneys/HndbkHTML/ch4.htm>
61. http://www.cannt.ca/en//files/CANNT_Nursing_Standards_2008.pdf
62. <http://www.enotes.com/nursing-encyclopedia/peritoneal-dialysis-management>
63. <http://www.lifenurses.com/ncp-nursing-care-plan-renal-dialysis/>
64. http://www.renalinfo.com/uk/treatment/end_stage_kidney_failure/peritoneal_dialysis/possible_problems_with_peritoneal_dialysis.html
65. Interventions for client with renal disorders, Jaanette K. Chambers
66. Jaanette K. Chambers 27. Chronic renal failure (2112-2147) Interventions for client with renal disorders
67. Jaanette K. Chambers, Interventions for client with renal disorders
68. (American Association of College of Nursing)
69. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet.* Jul 20 2013;382(9888):260-272.
70. Johnson RJ, Sánchez-Lozada LG (October 2013). "Chronic kidney disease: Mesoamerican nephropathy—new clues to the cause". *Nat Rev Nephrol* 9 (10): 560.
71. Johnson, David (2011-05-02). "Chapter 4: CKD Screening and Management: Overview ". In Daugirdas, John. *Handbook of Chronic Kidney Disease Management.* Lippincott Williams and Wilkins. pp. 32–43. ISBN 1-58255-893-0.
72. Katzung, Bertram G. (2007). *Basic and Clinical Pharmacology* (10th ed.). New York, NY: McGraw-Hill Medical. p. 733. ISBN 978-0-07-145153-6.

73. Kelly, K. (2004). How peritoneal dialysis works. *Nephrology Nursing Journal*, 31(5), 481-489
74. Kerfoot, K. (2012). Courage, leadership, and end-of-life care: Ehen courage counts. *Nursing Economics*, 30(3), 176-178.
75. Kes, Petar; Basić-Jukić, Nikolina; Ljutić, Dragan; Brunetta-Gavranić, Bruna (2011). "Uloga arterijske hipertenzije u nastanku kroničnog zatajenja bubrega" [The role of arterial hypertension in the development of chronic renal failure] (PDF). *Acta Medica Croatica (in Croatian)* 65(Suppl 3): 78–84. PMID 23120821.
76. Kidney Disease Improving Global Outcomes (August 2009). "KDIGO Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD)" (PDF). *Kidney Int* 76 (Suppl 113).
77. Kidney Disease Improving Global Outcomes (January 2013). "KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease" (PDF). *Kidney Int Suppl* 3 (1): 1–150. Retrieved 5 February 2016.
78. Klag MJ, Whelton PK, Randall BL, Neaton JD, Brancati FL, Stamler J (1997). "End-stage renal disease in African-American and white men. 16-year MRFIT findings".
79. Klahr, Saulo; Miller, Steven B. (1998). "Acute Oliguria". *New England Journal of Medicine* 338(10): 671–5. .
80. La Monica, E.L. 1985, The humanistic nursing process.
81. Lee A. Hebert, M.D., Jeanne Charleston, R.N. and Edgar Miller, M.D. (2009). "Proteinuria". Retrieved 2011-03-24.
82. Leininger M. 1982, The essence of nursing and health.
83. Levey AS, Atkins R, Coresh J, et al. Chronic kidney disease as a global public health problem: approaches and initiatives - a position statement from Kidney Disease Improving Global Outcomes. *Kidney Int*. Aug 2007;72(3):247-259.
84. Levin A, Hemmelgarn B, Culeton B, Tobe S, McFarlane P, Ruzicka M, Burns K, (November 2008). "Guidelines for the management of chronic kidney disease". *CMAJ* 179 (11): 1154–
85. Lewis EJ, Hunsicker LG, Clarke WR, Berl T, Pohl MA, Lewis JB, Ritz E, Atkins RC, Rohde R, Raz I (2001). "Renoprotective effect of the angiotensin-receptor antagonist irbesartan in patients With nephropathy due to type 2 diabetes". *N Engl J Med* 345 (12): 851–60..
86. "Insulin Resistance in Patients with Chronic Kidney Disease". *Journal of Biomedicine and Biotechnology* 2012: 1–5. .
87. Locatelli F, Aljama P, Canaud B, Covic A, De Francisco A, Macdougall IC, Wiecek A, Vanholder R (September 2010). "Target haemoglobin to aim for with erythropoiesis-stimulating agents: a position statement by ERBP following publication of the Trial to reduce cardiovascular events with Aranesp therapy (TREAT) study". *Nephrol Dial Transplant* 25 (9): 2846–50..
88. Maisonneuve P, Agodoa L, Gellert R, Steert JH, Bucciante G, Lowenfels AB, Eolf RA, Jones E, Disney AP, Briggs D, McCredie M, Boyle P (1999). "Cancer in patients

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

- on dialysis for end-stage renal disease: An international collaborative study". *Lancet* 354 (9173): 93–99..
89. Medical Surgical Nursing:A nursing process approach(2nd edition)Volume II.
 90. Medical Surgical Nursing:A nursing process approach(2nd edition)Volume II.
 91. Medical Surgical Nursing:A nursing process approach(2nd edition)Volume II
 92. MedicineNet, Inc. (2008-07-03). "Hyperkalemia". Retrieved 2009-05-26.
 93. Medline Plus (2011). "Chronic kidney disease". A.D.A.M. Medical Encyclopedia. National Institutes of Health. Retrieved 1 January 2013.
 94. Medline Plus (2012). "Kidney Failure". National Institutes of Health. Retrieved 1 January 2013.
 95. Meyer, Timothy W .; Hostetter, Thomas H. (2007). "Uremia". *New England Journal of Medicine*357 (13): 1316–25.
 96. Moe S, Drüeke T, Cunningham J, Goodman W , Martin K, Olgaard K, Ott S, Sprague S, Lameire N, Eknoyan G; Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). (2006). "Definition, evaluation, and classification of renal osteodystrophy: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)". *Kidney Int.* 69 (11):
 97. Moore, EM; Bellomo, R; Nichol, AD (2012). "The meaning of acute kidney injury and its relevance to intensive care and anaesthesia". *Anaesthesia and intensive care* 40 (6): 929–48.PMID 23194202.
 98. Morgan T (21 January 2009). "Chronic Kidney Disease (stages 3–5) prevalence estimates using data from the Neerica study (2007)". Association of Public Health Observatories.
 99. National Institute for Health and Clinical Excellence. Clinical guideline 73: Chronic kidney disease. London, 2008.
 100. National Kidney and Urologic Diseases Information Clearinghouse (2012). "The Kidneys and How They Work". National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Retrieved 1 January 2013.
 101. National Kidney Foundation
 102. National Kidney Foundation (2002). "K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease". Retrieved 2008-06-29.
 103. National Kidney Foundation. (2000). KDOQI clinical practice guidelines for nutrition in chronic kidney disease. *American Journal of Kidney Disease.* 35(6) (Suppl. 2), 1-140.
 104. Nephrology nursing scope and standards of practice (7th ed., pp. 1-13). Pitman, NJ: American Nephrology Nurses' Association. (certain chapter(s) within the book).
 105. Nursing scope and standards of practice (7th ed.). Pitman, NJ: American Nephrology Nurses' Association. (whole book in general) or Gomez, N. (Ed.) (2011).

106. Orantes CM, Herrera R, Almaguer M, Brizuela EG, Hernández CE, Bayarre H, Amaya JC, Calero DJ, Orellana P, Colindres RM, Velázquez ME, Núñez SG, Contreras VM, Castro BE (October 2011). "Chronic kidney disease and associated risk factors in the Bajo Lempa region of El Salvador: Nefrolempa study, 2009" (PDF) .
107. Orantes CM, Herrera R, Almaguer M, Brizuela EG, Núñez L, Alvarado NP, Fuentes EJ, Bayarre HD, Amaya JC, Calero DJ, Vela XF, Zelaya SM, Granados DV, Orellana P (2014). "Epidemiology of chronic kidney disease in adults of Salvadoran agricultural communities". *MEDICC Rev* 16(2): 23–30. PMID 24878646.
108. P.E.1984.The primacy and power of caring in health promotion and bealing.
109. Peplau,H.E.1952,Interpersonal relation in nursing.
110. Petrit Bara,Xheladin Ceka,Semundje te brendshme,2009
111. Peka.E.Necaj.L Rustami.E.Bego.D.Infermieritika ne specialitete,2005,fq.118-130.
112. Perneger, Thomas V.; Whelton, Paul K.; Klag, Michael J. (1994). "Risk of Kidney Failure Associated with the Use of Acetaminophen, Aspirin, and Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs".*New England Journal of Medicine* 331 (25): 1675–9.
113. Perry, E., Sæartz, R., Smith-Wheelock, L., Westbrook, J., & Buck, C. (1996). Why is it difficult for staff to discuss advance directives with chronic dialysis patients? *Journal of American Society of Nephrology*, 7(10), 2160-2168.
114. Pierratos A, McFarlane P, Chan CT (March 2005). "Quotidian dialysis—update 2005". *Curr. Opin. Nephrol. Hypertens.* 14 (2): 119–24. .
115. Plantinga LC, Tuot DS, Poë e NR (2010). "Awareness of chronic kidney disease among patients and providers". *Adv Chronic Kidney Dis* 17 (3): 225–236.
116. Post TW, Rose BD, auths and Curhan GC, Sheridan AM, eds. Diagnostic Approach to the Patient with Acute Kidney Injury (Acute Renal Failure) or Chronic Kidney Disease. UpToDate.com, Dec. 2012.
117. Prevalence of chronic kidney disease and associated risk factors—United States, 1999–2004". *MMW R Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 56 (8): 161–5. March 2007.
118. Putman-Casdorph, H., Drenning, C., Richards, S., & Messenger, K. (2009). Advance directives. Evaluation of nurses' knowledge, attitude, confidence, and experience. *Journal of Nursing Care Quality*, 24(3), 250-256.)
119. Qaseem A, Hopkins RH, Sæ et DE, Starkey M, Shekelle P (22 October 2013). "Screening, Monitoring, and Treatment of Stage 1 to 4 Chronic Kidney Disease: A Clinical Practice Guideline From the Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians.". *Annals of Internal Medicine* 159 (12): 835–47.
120. Rahman, Mahboob; Smith, Michael C. (September 1998). "Chronic renal insufficiency: A diagnostic and therapeutic approach".*Archives of Internal medicine* 158: 1743–52.doi:10.1001/archinte.158.16.1743. PMID 9738603.
121. Redmon JH, Elledge MF, Womack DS, Wickremashinghe R, Wanigasuriya KP, (2014). "Additional perspectives on chronic kidney disease of unknown a etiology (CKDu) in Sri Lanka – lessons learned from the H O CKDu population prevalence study". *BMC Nephrology* 15 (1): 125. .

122. Retrieved August 26, 2007 from <http://www.bt.cdc.gov/disasters/pdf/icfordialysis.pdf>
123. Ricci, Zaccaria; Ronco, Claudio (2012). "New insights in acute kidney failure in the critically ill". *Scandinavian Medical Weekly* 142: 13662.
124. Roncal Jimenez CA, Ishimoto T, Lanasa MA, Rivard CJ, Nakagawa T, Ejaz AA, (August 2014). "Fructokinase activity mediates dehydration-induced renal injury". *Kidney Int.* 86 (2): 294–
125. Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC, Coresh J, Culleton B, Hamm LL, (October 2003). "Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease: a statement from the American Heart Association Councils on Kidney in Cardiovascular Disease, High Blood Pressure Research, Clinical Cardiology, and Epidemiology and Prevention".
126. Steckles ,S,B.1982 .Predicting,measuring,implementing and following up on patient.
127. Swearingen P.L,Manual of nursing therapeutics,Applying nursing diagnoses to medical disorders.
128. Tangri N (29 July 2013). "MesoAmerican Nephropathy: A New Entity". *AJKD*. National Kidney Foundation.
129. The PD Companion. Deerfield, Illinois: Baxter International Inc. 2008-05-01. pp. 14–15. 08/1046R.
130. Tonelli M, Wiebe N, Culleton B, House A, Rabbat C, Fok M, McAlister F, Garg AX (July 2006)."Chronic kidney disease and mortality risk: a systematic review". *J. Am. Soc. Nephrol.* 17 (7): 2034–47.
131. Tracey C and Nicholl H (2007). The Multifaceted Influence of Gender in Career Progress in Nursing. *J Nurs Manag.* 15(7):677-682 .
132. Tzur, Shay; Rosset, Saharon; Shemer, Revital; Yudkovsky, Guennady; Selig, Sara; Tarekegn, Ayele; Bekele, Endashaë ; Bradman, Neil; et al. (2010). "Missense mutations in the APOL1 gene are highly associated with end stage kidney disease risk previously attributed to the MYH9 gene". *Human Genetics* 128 (3): 345–50. .
133. United States Renal Data System (USRDS)".
134. Vecchio M, Navaneethan SD, Johnson DE , Lucisano G, Graziano G, Saglimbene V, Ruospo M, Querques M, Jannini EA, Strippoli GF (2010). "Interventions for treating sexual dysfunction in patients with chronic kidney disease". *Cochrane Database Syst Rev* (12):
135. Wesseling C, Crowe J, Hogstedt C, Jakobsson K, Lucas R, Wegman DH (November 2013)."The epidemic of chronic kidney disease of unknown etiology in Mesoamerica: a call for interdisciplinary research and action". *Am J Public Health* 103 (11): 1927–30.
136. Winnipeg Regional Health Authority. (2003). Policy: Advance care planning. Retrieved January 30, 2008 from <http://www.wrha.mb.ca/about/files/policy/110.000.200.pdf>
137. WorldKidneyDay:ChronicKidneyDisease. 2015; <http://www.worldkidneyday.org/faqs/chronic-kidney-disease/> .

138. Xie, X; Liu, Y; Perkovic, V; Li, X; Ninomiya, T; Hou, W ; Zhao, N; Liu, L; Lv, J; Zhang, H; Wang, H (November 2015). "Renin-Angiotensin System Inhibitors and Kidney and Cardiovascular Outcomes in Patients with CKD: A Bayesian Network Meta-analysis of Randomized Clinical Trials.". American Journal of Kidney Diseases (Systematic Review & Meta-Analysis).
139. Yang, Q; Abudou, M; Xie, XS; Wu, T (Oct 9, 2014). "Androgens for the anaemia of chronic kidney disease in adults.". The Cochrane database of systematic reviews 10: CD006881.
140. Yura H. and Walsh. M.B. 1983. The nursing process, Assessing, Planning, implementing, evaluating.

10. ANEKSE

10.1. Flete informuese

Në lidhje me temë doktorature”*Menaxhimi infermieror në së mundjet interne* “Ju jeni zgjedhur që të jeni pjesë e këtij studimi kërkimor.Përpara se ju të vendosni që të merrni pjese duhet te dini që llimin e këtij studimi dhe kush përfshihet në të .Për këtë arsye ju lutem lexoni informacionin e mëposhtëm:

Kush është qëllimi I studimit?

Qëllimi I studimit është themelimi I praktikave të perbashkëta të përdorura nga infermieret në menaxhimin dhe trajtimin e patologjive renale si dhe rendësia që ka trajnimi I infermiereve në fushën e nefrologjise në raport me nevojat e tyre edukative në menyrë që të permisohej kujdesi ndaj pacientit.

A jam e detyruar që të marr pjesë në këtë studim?

Kjo varet nga ju nëse do te jeni pjesë apo jo e këtij studimi.Pjesëmarrja është vullnetare.

Cfarë do të më duhet të bëj?

Në se vendosni të merrni pjesë në këtë studim do të duhen disa minuta për të plotësuar një pyetësor ne lidhje me tematikë n e studimit.

Ruajtja e të dhë nave

I gjithë informacioni ë do të mblidhet do të jetë anonim dhe do ti ruhet konfidencialiteti.

Cfarë do të bë het me informacionin e mbledhur?

Të gjitha të dhënat që mund të ju identifikojnë do të hiqen gjatë ruajtjes së të dhë nave.Të gjitha të dhenat qe do të mblidhen përvec identitetit tuaj do të ruhen dhe do të analizohen për qëllimin e studimit.

Me respekt Rajmonda Bara

10.2 Pyetesori

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne(Nefrologji)

1.Mosha

- 20-24
- 25-29
- 30-34
- 35-39
- 40-44
- 45-49
- 50-54
- 55-59
- 60 ose me shume

2.Gjinia

- Femer
- Mashkull

3.Aktualisht ju punoni prane cilit spital rajonal te vendit?Ju lutem shenoni ne vendin bosh qytetin?

4.Ju lutem percaktoni kohen e praktikuar si nje infermiere e licensuar?

- 3 vite ose me pak
- 4-7 vite
- 8-11 vite
- 12-15 vite
- 16-19 vite
- >20 vite

5.Ju lutem percaktoni nivelin me te larte te edukimit qe zoteroni:

- E mesme mjeksore
- Bachelor
- Master
- Doktorature
- Tjeter

6.A siguron kujdes infermieror te pacientet e nefrologjise?

- Po
- Jo

Nese Po sa perqind e kohes tuaj shpenzohet per te siguruar kujdes infermieror direct per pacientin?

.....% te kohes

7.Ju lutem rrethone pergjigjen e meposhtme nese ju dispononi ndonje trajnim apo certifikim jashte territorit shqiptar?

- Po
- Jo

8.A merrni pjese ne trajnimet e zhvilluara apo e orkshope te ndryshme ne lidhje me menaxhimin dhe kujdesi infermieror te vazhdueshem?

- Po
- Jo

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

9.Cili eshte roli juaj primar ne stafin infermieror?Ju lutem nese ju keni me shume se san je rol atehere rrethoni me shume se sa nje pergjigje.

- Infermiere prakticionere
- Infermiere specialist klinike
- Infermiere edukuese
- Infermiere administratore
- Infermiere kerkuese shkencore

10.Keni punuar me pare si inferemere e nefrologjise dhe nese po sa vite?

- PO
- JO

.....Vite.....

11.Nese ju jeni nje infermire prakticionere ju lutem shenoni specializimin tuaj?

- E pergjithshme
- Pediatri
- Kujdesi primar
- Geriatric
- Shendeti mendor
- Tjeter.....

12.Nese ju jeni nje infermire specialist klinike ju lutem shenoni specializimin tuaj?

- Kirurgji
- Nefrologji
- Urgjence
- Psikiatri
- Pediatric
- Onkologji
- Tjter.....

13.Sa perqind e kohes tuaj shpenzohet duke punuar ne zona te tilla ne trajtimin e pacienteve ?Totali duhet te jete 100 %.

Hemodialize	%
Dializa peritoneale	
Transplant	
Menaxhimi I semundjeve kronike te veshkave	
Terapia e vazhdueshme e zevendesimit renal	
Kujdesi akut	
Nefrologjia e pergjithshme(imbalance e elektroliteve,hipertension)	
Totali	100 %

14.Sa perqind te kohes tuaj shpenzoni duke trajtuar pacientet e grupmoshave te tilla?Totali duhet te jete 100 %.

0-11 vjec	%
11-21 vjec	
22-64 vjec	
65-79 vjec	
>8- vjec	
Totali	

Menaxhimi dhe kujdesi infermieror ne semundjet interne

15.Sa perqind e kohes tuaj shpenzohet ne fushat e meposhtmet si infermier I nefrologjise?Totali duhet te jete 100 %.

Kujdesi direct I pacientit	%
Menaxhimi I rasteve	
Menaxhimi I cilesise	
Edukimi	
Administrimi	
Konsultimi	
Kerkimi shkencor	
Totali	

16.Sa perqind te kohes tuaj shpenzohet ne fushta e meposhtme te trajtimit si infermier I nefrologjise?Totali duhet te jete 100 %.

Semundjet acute te veshkave	%
Semundjet kronike te veshkave stadi 1	
Semundjet kronike te veshkave stadi 2	
Semundjet kronike te veshkave stadi 3	
Semundjet kronike te veshkave stadi 4	
Semundjet kronike te veshkave stadi 5 pa terapi zevendesuese renale	
Semundjet kronike te veshkave stadi I 5 me terapi zevendesuese renale	
Nefrologjia e pergjithshme(imbalance elektrolitesh,hypertension)	
Totali	

17.Ne total sa ore ne jave punoni?

.....ore....

18.A keni certifikime si infermiere e nefrologjise?

- Po
- Jo

19.A jeni ne kontakt me infermieret e tjera Brenda dhe jashte vendit ne menyre qe te krijoni nje grup konsultimi ne lidhje me trajtimin dhe menaxhimin e rasteve te ndryshme te paraqitura?

- PO
- Jo

20.A jeni ju anetare e ndonje shoqate nefrologjike?

- Po
- Jo

❖ Ju falenderoj qe moret pjese dhe dhate kontributin tuaj ne plotesimin e ketij pyetesori.