

University for Business and Technology in Kosovo

UBT Knowledge Center

Theses and Dissertations

Student Work

Spring 5-2020

Kujdesi në zbatimin e dhënies së injeksioneve, infuzioneve dhe përcjellja e tyre. Roli i infermieres

Adelina Pllana

University for Business and Technology - UBT

Follow this and additional works at: <https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd>



Part of the [Nursing Commons](#)

Recommended Citation

Pllana, Adelina, "Kujdesi në zbatimin e dhënies së injeksioneve, infuzioneve dhe përcjellja e tyre. Roli i infermieres" (2020). *Theses and Dissertations*. 1551.

<https://knowledgecenter.ubt-uni.net/etd/1551>

This Thesis is brought to you for free and open access by the Student Work at UBT Knowledge Center. It has been accepted for inclusion in Theses and Dissertations by an authorized administrator of UBT Knowledge Center. For more information, please contact knowledge.center@ubt-uni.net.



Kolegji UBT

Fakulteti i Infermierisë

Kujdesi në zbatimin e dhënies së injeksioneve, infuzioneve dhe përcjellja e tyre .
Roli i infermieres

Shkalla Bachelor

Adelina Pllana

Maj / 2020 / Prishtinë



Kolegji UBT
Fakullteti i Infermierisë

Punim Diplome

Viti akademik 2016 Viti i regjistrimit

Adelina Pllana

Kujdesi në zbatimin e dhënies së injeksioneve, infuzioneve dhe percjellja e tyre .
Roli i infermieres

Mentori : Dr sc.Shqiptar Demaçi

Maj / 2020

Ky punim është përpiluar dhe dorëzuar në përmbushjen e kërkesave të pjesëshme për Shkallë
Bachelor

ABSTRAKT

Hyrje: Infermiera përkufizohet si mbrojtja, promovimi dhe optimizimi i shëndetit dhe aftësive, për parandalimin e sëmundjeve dhe lëndimeve, nëpërmjet diagnozës dhe trajtimit të pacientëve. Injeksioni është akti i vendosjes së një lëngu, veçanërisht një ilaç, në trupin e një personi.

Qëllimi i këtij punimi është të hulumtojë mbi zbatimin e drejtë /jo të drejtë të dhënies së terapisë përmes injeksioneve, infuzioneve periferike dhe rolin e infermierës në këtë proces.

Metodologjia: Ky studim ndërsektorial u realizua midis muajit Janar 2020 dhe Shkurt 2020 në Klinikën e Kirurgjisë Torakale në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës, si dhe në Klinikën e Kirurgjisë në Spitalin Regjional të Mitrovicës. Si mostër në këtë studim janë marrë 50 pacientë nga të dy gjinitë. Kriteret e përfshirjes ishin pacientë të moshës mbi 18 vjeçare që ishin të hospitalizuar më shumë se 72 orë për tretman mjekësor. Një pyetësor në gjuhën shqipe u krijua për t'u përdorur për intervistën me pjesëmarrësit.

Rezultatet: Për shkak të gabimeve të infermierëve gjatë administrimit të ilaçeve, janë regjistruar komplikime të shumta: e që numri më i madh ishte në QKUK: është shfaqur tromboza post infusive në N=7 pacientë apo 23.33 % e gabimeve tek të dy gjinitë, pastaj dalja e kanilës dhe dalja paravenoze me nga N=3 pacientë tek të dy gjinitë apo nga 10% të rasteve, ndërsa në Spitalin Regjional të Mitrovicës, komplikime më të shumta si pasojë e gabimeve infermiore ishin: dalja paravenoze dhe tromboza post infusive tek N=5 pacientë të dy gjinive apo 25% te rasteve me gabime, pastaj dalja e kanilës me nga një rast për secilën gjini.

Konkluzionet: Infermierët/et kanë rol të rëndësishëm gjatë aplikimit të terapisë Intravenoze dhe Intramuskulare te pacientët. Infermierët/et duhet që të kenë kujdes të shtuar për ndonjë gabim të mundshëm tek pacietët. Numri i gabimeve nga ana e infermiereve në këto dy qendra spitaliore të hulumtimit edhe përkundër trajnimeve dhe përvojës së punës që kanë infermierët ishte i lartë.

MIRËNJOHJE / FALENDERIME

Kjo temë e diplomës Bachelor është punuar në “Kolegjin UBT” Institucionin i Arsimit të lartë. Kam, kënaqësinë të shpreh mirënjohjen time të lartë për personat të cilët më kanë dhënë mbështetjen e tyre gjatë gjithë kohës që kam punuar në këtë hulumtim.

Mentorit tim, prof. Shqiptar Demaçit i takon falënderim i veçantë për dizajnimin, koordinimin dhe udhëheqjen profesionale të punës hulumtuese dhe finalizimin e punimit.

Falënderoj po ashtu anëtarët e komisionit të temës, për udhëzimet e përgjithshme në lidhje me temën. Po ashtu falënderoj edhe kolegët e tjerë për ndihmën që më ofruan gjatë gjithë periudhës së këtij hulumtimi.

Asnjëherë nuk do të arrij të shpreh falënderimin tim ashtu siç e ndiej ndaj familjes sime veçanërisht ndaj djalit tim, për durimin, mirëkuptimin dhe përkrahjen në të gjitha fazat e ngritjes sime profesionale e akademike. Ky rrugëtim nuk do të ishte i mundur pa inkurajimin dhe mbështetjen e tyre.

Në fund falënderoj edhe të gjithë ata të cilët më ndihmuan që kjo temë të marrë formën përfundimtare

Përmbajtja

ABSTRAKT	3
MIRËNJOHJE/FALENDERIME.....	5
LISTA E FIGURAVE.....	8
LISTA E GRAFIKONEVE	8
LISTAE TABELAVE.....	9
FJALORI I TERMAVE	10
1. HYRJE	11
1.1 Roli i kujdesit infermieror.....	11
1.2 Rëndësia e injeksioneve dhe infuzioneve	12
2 SHQYRTIMI I LITERATURËS	13
2.1 Terapia intravenoze (I.V).....	13
2.1.1 Udhëzime në lidhje me terapinë intravenoze.....	14
2.1.2 Llojet e qasjes venoze	15
2.1.2.1 Qasja periferike I. V.....	15
2.2 Injeksionet intramuskulare (I.M)	16
2.2.1 Injeksionet e pasigurta	19
2.3 Epidemiologjia në Botë, si vepron OBSH	20
2.4 Praktikat më të mira për injeksion	21
2.4.1 Praktikat e përgjithshme të sigurisë	21
2.5 Kujdesi infermieror-Vlerësimi fillestar, Diagnoza infermierore, Planifikimi, Zbatimi dhe Evaluimi.....	22
2.5.1 Vlerësimi infermieror.....	23
2.5.2 Diagnoza infermierore	23
2.5.3 Planifikimi infermieror	24
2.5.4 Zbatimi.....	25

2.5.5	Evaluimi infermieror.....	25
3	DEKLARIMI I PROBLEMIT	26
5.	PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE.....	28
5.1	Prezentimi i rezultateve.....	28
5.2	Analiza e rezultateve.....	38
6.	KONKLUZIONE DHE REKOMANDIME	40
7	REFERENCAT.....	41
8	SHTOJCAT.....	46

LISTA E FIGURAVE

Figura 1. Kateteri intravenoz periferik (IV) (PIV).....	16
Figura 2. Mënyra e aplikimit të injeksioneve	17
Figura 3. Mënyra e aplikimit të injeksioneve në pjesë të ndryshme të trupit	18

LISTA E GRAFIKONEVE

Grafiku 1. Numri i përgjithshëm i pacientëve sipas grupmoshës dhe gjinisë në të dy qendrat spitalore të hulumtimit tonë	29
Grafiku 2. Vlerat në % mbi mënyrën e aplikimit të terapisë	31
Grafiku 3. Suksesi tek pacienti pas marrjes së terapisë në të dy qendrat e trajtimit spitalor.....	32
Grafiku 4. Komplikimet e pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor.....	33
Grafiku 5. Shkaktarët e shfaqjes së komplikimeve në të dy qendrat e trajtimit spitalor	35
Grafiku 6. Reaksioni alergjik i pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor	36
Grafiku 7. Rezultatet e pritshmërisë së pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor.....	37

LISTA E TABELAVE

Tabela 1. Numri i pjesëmarrësve në këtë hulumtim	27
Tabela 2. Numri i përgjithshëm I pacientëve sipas grupmoshës dhe gjinisë të përpunuara statistikisht sipas programit SPSS.....	28
Tabela 3. Mënyra e aplikimit të terapisë tek të gjithë pacientët e hulumtimit tonë.....	30
Tabela 4. Suksesi tek pacienti pas marrjes së terapisë në të dy qendrat e trajtimit spitalor QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale dhe Spitali regjional Mitrovicë Reparti i Kirurgjisë ...	31
Tabela 5. Komplikimet e pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor : QKUK - Klinika e Klinika e Kirurgjisë Torakale si dhe Spitali Regjional Mitrovicë- Reparti i Kirurgjisë.....	32
Tabela 6. Shkaktarët e shfaqjes së komplikimeve në të dy qendrat e trajtimit spitalor : QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale si dhe Spitali Regjional Mitrovicë- Reparti i Kirurgjisë.....	34
Tabela 7. Reaksioni alergjik i pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor : QKUK - Klinika e Klinika e Kirurgjisë Torakale si dhe Spitali regjional Mitrovicë- Reparti i Kirurgjisë	35
Tabela 8. Rezultatet e pritshmërisë së pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor : QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale si dhe Spitali Regjional Mitrovicë- Reparti i Kirurgjisë.....	36

FJALORI I TERMAVE

I.M – intra muscular

I.V – intravenoz

OBSH – Organizata Botërore e Shëndetësisë

1. HYRJE

1.1 Roli i kujdesit infermieror

Infermieria përkufizohet si mbrojtja, promovimi dhe optimizimi i shëndetit dhe aftësive, për parandalimin e sëmundjeve dhe lëndimeve, nëpërmjet diagnozës dhe trajtimit të pacientëve, familjeve, komuniteteve dhe popullatës. (ANA, 2015). Me kujdesin infermieror nënkuptohet çdo tip shërbimi që ofrohet nga infermierët me një impakt në statusin shëndetësor. Kështu ky profesion identifikohet me rolin social të gruas dhe me konceptet antike të mjekimit, që do të thotë si përkujdesje edhe preokupim. Historia e infermierisë profesionale filloi tradicionalisht me Florence Nightingale. Ajo besonte se profesioni i infermierisë siguron një thirrje të pavarur e cila ishte e plotë në lirinë intelektuale dhe sociale për gratë që kishin më pak mundësi karriere në atë kohë. (D'Antonio P., et al. 2013). Por siç është përmendur edhe më parë, reforma të shumta, kanë bërë të mundur, që sot infermieria të ketë një rol të mirëpërcaktuar, qoftë juridik, social apo ekonomik, me kompetenca tekniko-shkencore që nuk bien në konflikt me ato të mjekut, por përkundrazi që integrohen dhe plotësohen, duke mundësuar që së bashku të kryejnë atë që përbën detyrën primare të përbashkët, përkujdesjen dhe trajtimin e qytetarëve. Ndërsa një infermier/e e specializuar është ajo që pasi ka plotësuar një periudhë trajnimit në punë, realizon një projekt, i cili nuk lidhet vetëm me vjetërsi pune, por që është e aftë të thellohet në profesion. Në këtë mënyrë do të përfigurohet një profesionist veçanërisht i specializuar në një sektor të shëndetësisë, dhe personeli infermierisë gjen integrimin maksimal, pavarësisht roleve të ndryshme (McGovern. A, 2006). Profesioni i infermierisë është zhvilluar gjatë gjithë historisë së njerëzimit, por që infermierët në kohët e hershme kurrë nuk kanë ndjekur shkollën e infermierëve; ato shpesh ishin murgësja dhe gra të tjera që siguronin kujdes për të sëmurët, të varfërit ose të pastrehët që ishin pa mbështetjen e familjes (Royal College of Nursing, 2003).

1.2 Rëndësia e injeksioneve dhe infuzioneve

Injeksionet dhe siguria gjatë procedurës së injektimit nga ana e personelit mjekësor është përgjegjësia ndaj pacientit që i shërbejmë. Në ambientet spitalore ekziston gjithmonë rreziku që të merren infeksione të ndryshme, me rrugë të ndryshme dhe mbrojtja nga ky rrezik është vetëm në dorën tonë. Nuk është se kërkohet ndonjë përgatitje e gjatë dhe e vështirë për këtë gjë mjafton që të merren informacionet bazë dhe ato të respektohen me korrektësi nga të gjithë. (McGarvey MA, 2001). **Infuzionet intravenoze** janë ndër procedurat më të shpeshta invazive të cilat kryhen në spital. Këto infuzione jepen përmes venave periferike dhe atyre qendrore. Infeksionet e shkaktuara si rrjedhojë e përdorimit të këtyre pajisjeve janë të shpeshta, dhe në shumë shtete kateterët intravenozë janë burimi më i shpeshtë i infeksioneve. Parimet që përdoren për parandalimin e infeksioneve janë të ngjashme si për kateterët periferikë, ashtu edhe për ata qendrorë (Frey AM, et al. 2010). Siguria e pacientëve është një çështje e rëndësishme në kujdesin shëndetësor sot në mbarë botën. p.sh. në ShBA u vlerësua se më shumë se një milion lëndime dhe 44,000-98,000 vdekje në vit kanë qënë pasojë e gabimeve të bëra nga punonjësit shëndetësor. Prandaj, përmirësimi i sigurisë së pacientit është një zonë e rëndësishme për përmirësimin e praktikës, dhe për të parandaluar infeksionet para dhe pas trajtimit të pacientit. (Kohn LT, et al , 2000).

Prandaj përgatitja dhe administrimi i barnave intravenoze dhe intramuskulare është një seri aftësish teknike të komplikuar. Pasojat e përgatitjes së ilaçeve dhe gabimet e administrimit mund të jenë shumë të rënda e qëçojnë deri në vdekjen e pacientit. Studimet e bëra në Mbretërinë e Bashkuar dhe SHBA konfirmojnë që infermierët bëjnë gabime në përgatitjen dhe administrimin e barnave intravenoze në 13-84% të të gjitha rasteve (Hartley GM, et al, 19998).

Shembuj të gabimeve të vërejtura në praktikë dhe të përshkruara në studime janë:

- Administrimi i një doze të ilaçit- shumë shpejt;
 - Mosinspektimi i ilaçit për datën e skadimit;
 - Moskontrollimi i ilaçit, doza e përshkruar për pacientin përkatës nga mjeku;
 - Duke mos respektuar rregulloret e higjienës (Cousins DH, et al, 2005)
-

2 SHQYRTIMI I LITERATURËS

2.1 Terapia intravenoze

Injeksionet intravenoze (i.v.) - janë rrugë e injektimit të ilaçeve (terapisë) në enë e gjakut. Rruga intravenoze e administrimit të ilaçeve bëhet duke përdorur një shiringë në presion të lartë. Infuzionet intravenoze zakonisht quhen infuzione pikatore (që terapia rrjedhë pikë pikë). Rruga intravenoze është mënyra më e shpejtë për të dhënë ilaçe dhe zëvendësimin e lëngjeve në të gjithë trupin, sepse ato futen direkt në qarkullim të gjakut. Terapia intravenoze mund të përdoret për zëvendësimin e vëllimit të lëngjeve, për të korrigjuar pamjaftueshmërinë e elektrolitëve trupor, poashtu për të dhënë ilaçe dhe për transfuzion të gjakut. (Martin, Greg S, 2014). Terapia intravenoze është një përbërës i rëndësishëm i kujdesit për pacientët dhe pjesë e rolit të mjekëve dhe infermierëve. Terapia intravenoze është trajtim i një infeksioni me zgjidhje intravenoze, apo aplikimi i medikamenteve ose gjakut direkt në një venë (Perry, Potter, & Ostendorf, 2014). Terapia intravenoze është një mënyrë efektive dhe me veprim të shpejtë për të administruar trajtimin e lëngjeve ose ilaçeve në një situatë emergjente, dhe për pacientët që nuk janë në gjendje të marrin ilaçe me gojë. Përafërsisht 80% e të gjithë pacientëve në ambientin spitalor marrin terapi intravenoze.

Arsyet më të zakonshme për terapinë i.v. (Éaitt, Éaitt, & Pirmohamed, 2004) janë:

1. Për të zëvendësuar lëngjet dhe elektrolitet dhe për të mbajtur ekuilibrin e lëngjeve dhe elektrolitëve: Nëse një pacient është i sëmurë dhe ka humbje të lëngjeve për arsye të operacionit, të vjella, diarre ose diaforezë, pacienti mund të kërkojë terapi i.v.
2. Për të administruar medikamente, përfshirë kimoterapinë, anestetikët dhe reagjentët diagnostikues.
3. Për administrimin e gjakut ose produkteve të gjakut: Gjaku i dhuruar nga një individ tjetër mund të përdoret në kirurgji, për të trajtuar kushte mjekësore siç janë shoku apo trauma, ose për të trajtuar një dëmtim në prodhimin e qelizave të kuqe të gjakut.
4. Për të ofruar lëndë ushqyese dhe shtesa ushqimore: terapia i.v. mund të sigurojë disa ose të gjitha kërkesat ushqyese për pacientët të paaftë për të marrë sasi të mjaftueshme me anë të gojës ose nga rrugë të tjera.

Administrimi i terapisë intravenoze, tani është një pjesë e zakonshme e roleve të shumicës së infermierëve. Profesionit ka lëvizur shumë nga raporti i Breckenridge në 1976 i cili përshkroi së pari përgjegjësitë e infermierëve. Që atëherë terapia i.v. është bërë gjithnjë e më komplekse, dhe ndërsa teknologjia ka përparuar, gjithashtu ka përfshirë edhe shkallën e përfshirjes së infermierisë.

Infermierët tani jo vetëm që përgatisin dhe administrojnë ilaçet, por gjithashtu vlerësojnë, fusin dhe heqin si pajisjet venoze periferike ashtu edhe ato qendrore. Ka pasë edhe një zhvendosje larg ambientit të spitalit drejt bashkësisë së komuniteteve ku pacientët jetojnë, ku terapia i.v. përfshin jo vetëm profesionistin e kujdesit shëndetësor, por edhe pacientin dhe kujdestarin.

Terapia i.v. gjithashtu përfshin farmacistët, nutricionistët dhe mikrobiologët. Kjo ka çuar në një kërkesë për njohuri rreth terapisë i.v. dhe aplikimet e saj. Gjatë viteve të fundit, Kolegji Mbretëror (Mbretërinë e Bashkuar- MB) i Infermierisë Forumi i terapisë intravenoze ka botuar udhëzime dhe standarde për praktikën i.v. Libri i parë shkollor përfundimtar i shkruar posaçërisht për infermierët në Mbretërinë e Bashkuar u botua në 1999; e bazuar në praktikën e fundit në prova që përfshin procedurat praktike dhe teknikat e zgjidhjes së problemeve.

Administrimi i injeksioneve intramuskulare është një ndërhyrje e zakonshme e infermierisë në praktikën klinike. (Greenëay K, 2004). Rëndësia e teknikës së mirë të dhënies së injeksionit nuk mund të nënvlerësohet. Nuk duhet të harrohet se ndër ndërlikimet e mundshme të injeksionit i.m. janë abscesi, celulitet, nekroza e indeve, granuloma, fibroza e muskujve, kontraktimet, hematoma dhe dëmtimi i enëve të gjakut, eshtrave dhe nervave periferikë. (Small SP, 2004). Terapia intravenoze është një mënyrë efektive dhe me veprim të shpejtë për të administruar lëngjet trajtuese ose ilaçeve në një situatë emergjente, dhe për pacientët që nuk janë në gjendje të marrin ilaçe me gojë (me rrugë orale). Përafërsisht 80% e të gjithë pacientëve në spital marrin terapi intravenoze. (Perry, Potter, & Ostendorf, 2014).

2.1.1 Udhëzime në lidhje me terapinë intravenoze

Më poshtë janë udhëzimet e përgjithshme për terapinë i.v. periferike:

- Terapia e lëngjeve i.v aplikohet nga një mjek ose infermier praktikant. Mjeku përshkruan terapinë e cila duhet të përfshijë llojin e tretësirës ose ilaçeve, shkallën e infuzionit, kohëzgjatjen, datën dhe kohën. Terapia i.v. mund të jetë me kohëzgjatje të shkurtër ose të

gjatë, në varësi të nevojave të pacientit (Perry et al, 2014).

- Terapia i.v. është një procedurë invazive, dhe për këtë arsye mund të ndodhin komplikime të rëndësishme nëse jepet sasia e gabuar e lëngjeve i.v ose mjekimi i pasaktë.
- Teknika aseptike duhet të mbahet gjatë gjithë procedurave të terapisë i.v, përfshirë iniciimin e terapisë i.v., përgatitjen dhe mirëmbajtjen e pajisjeve dhe ndërprerjen e sistemit të terapisë i.v. në rast komplikimi. Personeli mjekësor gjithmonë duhet të kryejë higjenën e duarve përpara se të përdorni të gjitha pajisjet e aplikimit i.v. (CDC, 2011).
- Duhet të kihet parasysh indikacionet dhe kohëzgjatja e terapisë i.v. për secilin pacient. Këto udhëzime të praktikës rekomandohen që pacientët që marrin terapi i.v. për më shumë se gjashtë ditë, duhet të vlerësohen për një pajisje të ndërmjetme ose afatgjate (kanilë) (CDC, 2011).
- Duhet të kihet parasysh për komplikimet që mund të ndodhin me terapi i.v., duke përfshirë: infeksionet e lokale, infeksionet e gjakut që lidhen me kateterin dhe komplikimet që lidhen me llojin dhe sasinë e ilaçeve të dhëna (Perry et al., 2014).

-

2.1.2 Llojet e qasjes venoze

Qasja e sigurt dhe e besueshme venoze për infuzione është një komponent kritik i kujdesit të pacientëve në mjedisin shëndetësor. Ekzistojnë një shumëllojshmëri e opsioneve në dispozicion, dhe pajisje venoze për qasje që duhet të zgjidhet në bazë të kohëzgjatjes së terapisë i.v, llojit të ilaçeve ose zgjidhjes që duhet të injektohet, dhe nevojave të pacientit. Në praktikë, është e rëndësishme të kuptohen opsionet e pajisjeve të përshtatshme në dispozicion.

2.1.2.1 Qasja periferike i.v.

Qasja periferike i.v. është një metodë e zakonshme, e preferuar për terapi afatshkurtër i.v. në ambientin spitalor. Një qasje i.v.periferike është një kateter intravenoz i shkurtër, i futur nga shpimi i venës perkutane në një venë periferike (Figura 1), e mbajtur në vend me një fllaster transparent steril për të mbajtur e parandaluar shkëputjen aksidentale (CDC, 2011).

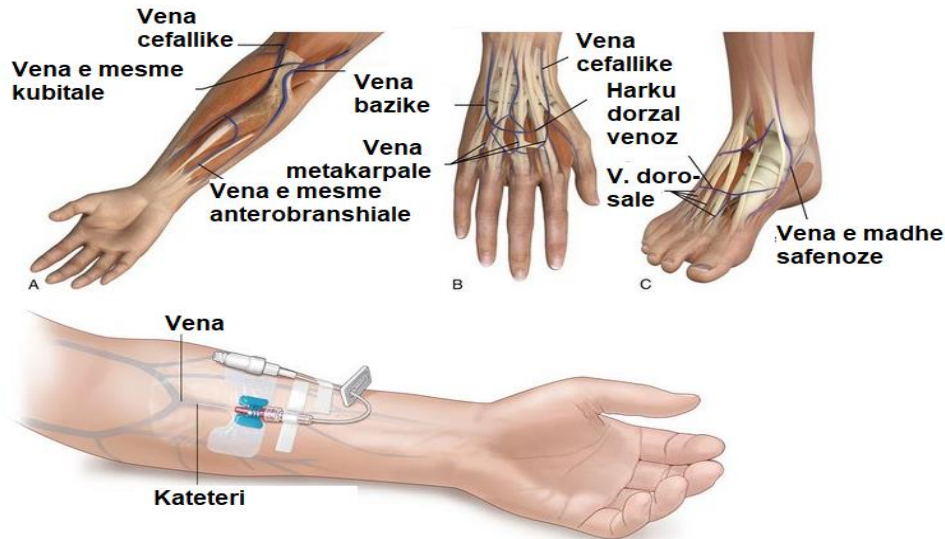


Figura 1. Kateteri intravenoz periferi

Fraser Health Authority, 2014; McCallum

Ekstremitetet e sipërme (duart, krahët dhe këmbët) janë vendet e preferuara për administrim e ilaçeve nga një ofrues i trajnuar i kujdesit shëndetësor. (McCallum & Higgins, 2012).

Por mangësitë e këtij sistemi i.v qëndrojnë aty se janë të prira ndaj infeksioneve të shumta, dhe ato duhet të hiqen (CDC, 2011) si më poshtë:

- Çdo 72 deri në 96 orë
- Sapo pacienti është i qëndrueshëm (shëruar) dhe nuk kërkon më terapi i.v.
- Menjëherë nëse butësia, ënjtja, skuqja ose kullimi ndodh në vendin e futjes së tubit i.v.

Disa komplikime të mundshme mund të lindin nga terapia intravenoze periferike. Përgjegjësia është e ofruesit të kujdesit shëndetësor i cili duhet të monitorojë për shenjat dhe simptomat e komplikimeve dhe të ndërhyjë në mënyrë të duhur. Komplikimet mund të kategorizohen si lokale ose sistemike. Shumica e komplikimeve mund të shmangen nëse higjiena e duarve të personelit mjekësor është nën nivelin e duhur (Fraser Health Authority, 2014; McCallum &).

2.2. Injeksionet intramuskulare (i.m.)

Injeksioni është akti i vendosjes së një lëngu, veçanërisht një ilaçi, në trupin e një personi duke përdorur një gjilpërë (zakonisht një gjilpërë hipodermike = injektuar nën lëkurë) dhe një shiringë (Cambridge Dictionary, 2017).

Injeksionet janë ndër procedurat më të zakonshme të kujdesit shëndetësor, me të paktën 16 miliardë administrime çdo vit në vendet në zhvillim në botë poashtu edhe ato vende që janë në tranzicion. Mbi 95% e injeksioneve administrohen në kujdesin kurativ (shërues), 3% janë për imunizim (vaksinime), dhe pjesa tjetër për qëllime të tjera, siç është transfuzioni i gjakut. (ËHO, 2011).

Megjithëse injektimi i.m. është një praktikë e zakonshme e infermierisë, ekziston një mungesë udhëzimesh për stafin infermieror në këtë fushë. Kjo është përmendur që nuk ka politika pune ose procedura për administrimin e injeksioneve të cilave mund t'i referohet personeli infermieror. Për më tepër, teknika dhe përgatitja nga një staf i caktuar mund të mos plotësohet me prova. (MacGabhan L, 1996).

Meqenëse gjatë procesit të injektimit pacientit i jep një plagë të vogël (vrimë) në trup, (me shkallë të ndryshme dhimbjeje në varësi të llojit të injeksionit dhe vendndodhjes, llojit të ilaçeve, madhësisë së gjilpërësh, aftësisë së individit që administron injeksionin dhe ndjeshmërisë së individit ndaj injeksionit), frika nga gjilpërat është një fobi e zakonshme për pacientët dhe duhet të përdoren masat e duhura antiseptike nga ana e personelit mjekësor.

Injeksioni është një teknikë për shpërndarjen e ilaçit me anë të administrimit parenteral, (domethënë administrimi përmes një rruge tjetër përveçse përmes traktit digjektiv).

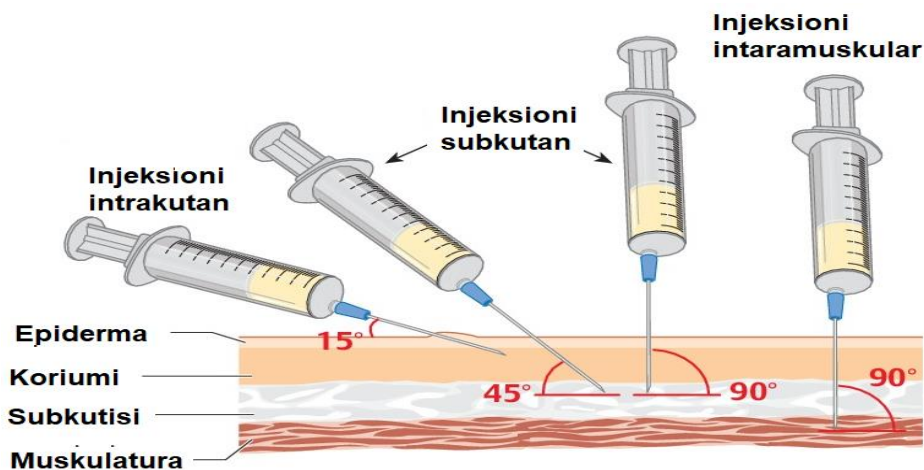


Figura 2. Mënyra e aplikimit të injeksioneve

(Taylor, C. R., et al, 2011).

- Injeksioni parenteral përfshin:

- Injeksionet intrakutane - aplikohet në procedurat e marrjes së gjakut me qëllim të diagnostifikimit të sëmundjes dhe në administrimin e ilaçeve në një regjion të caktuar si dhe në procedurat e trajtimit.
- Injeksione nënlëkurore (subkutane) - një injeksion nënlëkuror administrohet si një bolus (administrim i një sasive të veçantë të ilaçeve, ose përbërësve të tjerë brenda një kohe specifike, përgjithësisht brenda 1-30 minutash, në mënyrë që të rritet përqendrimi i tij në gjak) në nënlëkurën, shtresa e lëkurës direkt nën dermë dhe epidermë, e cila përgjithësisht quhet *cutis* (lëkura apo derma e vërtetë). Këto injeksione janë shumë të efektshme në administrimin e ilaçeve të tilla si: insulina, morfina, diacetilmorfina etj. (Farlex dictionary, 2017).
- Injeksioni intramuskular (i.m.) - është injeksion i një substance (ilaçi) direkt në muskul. Në mjekësi, është njëra nga disa metodat për administrimin parenteral të ilaçeve. Muskujt kanë enë gjaku më të mëdha dhe më të shumta se indet nënlëkurore; injeksionet intramuskulare zakonisht kanë shkallë më të shpejtë të përthithjes sesa injeksionet nënlëkurore ose intradermale. Vëllimi i injeksionit është i kufizuar në 2-5 mililitra, në varësi të vendit të injeksionit (Taylor, C. R., et al, 2011).

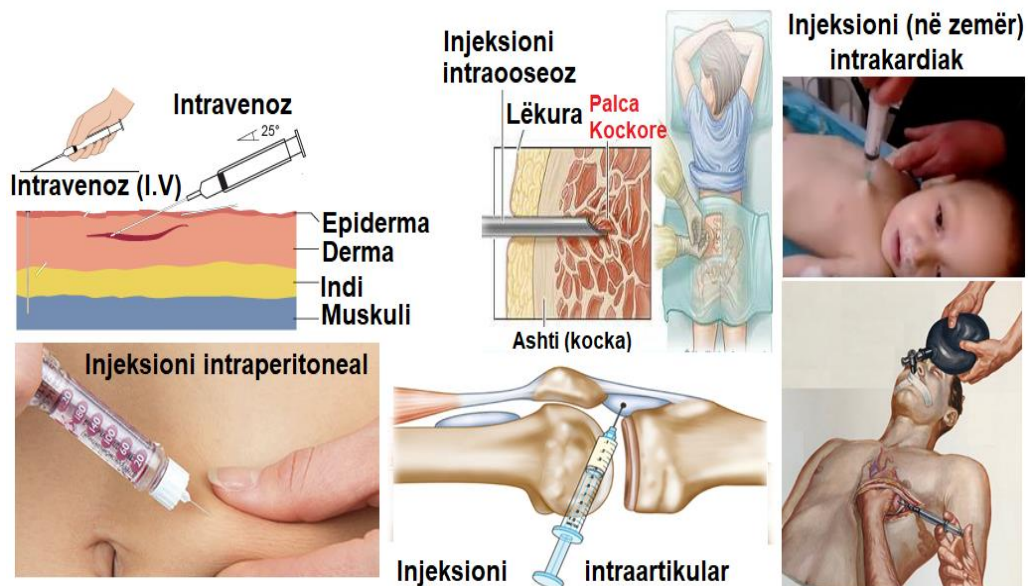


Figura 3. Mënyra e aplikimit të injeksioneve në pjesë të ndryshme të trupit

(Day, Michael E. 2011).

- Injeksioni intraperitoneal (IP) - është injektimi i një substance (ilaci) në peritoneum (zgavrën e trupit). Më shpesh aplikohet te kafshët sesa tek njerëzit. Në përgjithësi, preferohet kur nevojiten sasi të mëdha të lëngjeve zëvendësuese të gjakut ose kur pacienti ka presion të ulët të gjakut ose probleme të tjera që parandalojnë përdorimin e një ene të përshtatshme të gjakut për injeksion intravenoz. (Sëart. AM, et al, 2008)
- Injeksionet intra-oseoze (IO) - apo procesi i injektimit direkt në palcën e një kocke. Kjo teknikë përdoret për të aplikuar dhënien e lëngjeve dhe ilaçe kur qasja intravenoze nuk është e disponueshme ose jo e mundshme. Kjo metodë mundëson që ilaçet dhe lëngjet e administruara të futen direkt në sistemin vaskular. (Day, Michael E. 2011).
- Injeksionet intrakardiake - janë injeksione që jepen direkt në muskujt ose në barkushet e zemrës. Ato përdoren në raste urgjente. Injeksionet intrakardiake të ilaçeve në përgjithësi përdoren vetëm për të aplikuar ilaçe urgjente për një pacient nëse qasjet e tjera të aplikimit të injeksioneve janë të pamundura; p.sh kur ilaçet nuk mund të administrohen në rrugë intravenoze për shkak të rrethanave individuale në të cilën ndodhet pacienti (p.sh gjatë aksidenteve). Procedura kryhet duke futur një gjilpërë të gjatë dirket në dhomën e ventrikulit të zemrës. Gjilpëra futet në hapësirën e katërt ndërkostale midis brinjëve. (Eldor, J, 1993).
- Injeksionet intra-artikulare - është një procedurë e përdorur në trajtimin e kushteve të inflamacionit të nyjeve, siç janë artriti reumatoid, artriti psoriatik dhe herë pas here osteoartriti. Një gjilpërë hipodermike injektohet në nyjën e inflamuar, ku aplikohen ilaçet ku më të zakonshmit prej të cilave janë kortikosteroidet. Kjo teknikë mund të përdoret për të nxjerrur gjithashtu lëngjet e tepërta nga kyçet (arikulacionet). (Eën, Dennis 2000).

2.2.1 Injeksionet e pasigurta

Infermierët gjatë ushtrimit të profesionit të tyre të dhënies së injeksioneve dhe infuzioneve duhet të kenë kujdes ndaj injeksioneve të pasigurta të cilat mund të rezultojnë në transmetimin e një larmi patogjenësh, përfshirë viruset, bakteret, kërpudhave dhe parazitëve (Eilburn S, & Eijkemans G, 2007). Këto injeksione të pasigurta gjithashtu mund të shkaktojnë edhe komplikime jo-infektive si që janë: absceset dhe reaksionet toksike. Në disa vende të botës ripërdorimi i shiringave ose gjilpërave është i zakonshëm në shumë mjedise. Kjo bën që pacientët të ekspozohen direkt ndaj

patogjenëve (përmes pajisjeve të kontaminuara) ose indirekt (përmes ilaçeve të lëngshme e të kontaminuara që mbahen në enë të vogla cilindrike të bëra nga qelqi, që përdoren posaçërisht për mbajtjen e ilaçeve). Rreziqet e praktikave të aplikimit të injeksioneve dhe infuzioneve të pasigurta janë dokumentuar mirë për tre patogjenët kryesorë të bartur nëpër gjaku - virusin e imunodeficiencës së fituar njerëzore (HIV), virusin e hepatitit B (HBV) dhe virusin e hepatitit C (HCV). Barra e vlerësuar globale e sëmundjes për vitin 2000 nga praktikatat e injektimit të injeksioneve dhe infuzioneve të pasigurta për këto patogjene përfshijnë: (Hutin .YJ., et al 2003)

- 21 milion infeksione me virus të Hepatit B;
- 2 milion infeksione me virus të Hepatit C;
- 260 000 infeksione me HIV.

Këta patogjenë që vijnë nëpërmes gjakut gjithashtu kontribuojnë në sëmundjet midis punonjësve shëndetësorë - përafërsisht 4.4% e infeksioneve HIV dhe 39% e infeksioneve me Hepatit B dhe me Hepatit C i atribuohen plagëve profesionale. Në mesin e punëtorëve shëndetësor të shëndetshëm e të ndjeshëm të cilët nuk marrin profilaksë (parandalim) pas ekspozimit të këtyre patogjenëve është 23-62% për Hepatit B dhe 0-7% me Hepatit C (Prüss-Üstün A, et al., 2003). Infeksionet gjithashtu mund të transmetohen (tek punonjësit e tjerë shëndetësor dhe tek pacientët) nga duart e papastra, ilaçeve, pajisjeve mjekësore dhe ose sipërfaqet e mjedisit spitalor. Kështu, teknikat dhe procedurat e duhura të injektimit kontribuojnë në sigurinë e pacientëve dhe punonjësve shëndetësorë (ËHO, 2003).

2.3 Epidemiologjia në Botë, si vepron OBSH

Çdo vit, të paktën 16 miliardë injeksione jipen në të gjithë botën. Injeksionet përbëjnë një sfidë të vazhdueshme, veçanërisht në vendet në zhvillim. OBSH dhe ‘Injection Safe Global Network (SIGN)’ kanë një iniciativë të re për të adresuar këtë problematikë, në promovimin e përdorimit racional dhe të sigurt të injeksioneve. (Hutin .YJ., et al, 2003).

Objektivat kryesore të kësaj iniciative janë:

1. Për të parandaluar lëndimin nga ripërdorimi i gjilpërave nëpërmjet fushatave globale të komunikimit dhe trajnimit e kujdesit shëndetësor të punëtorëve;
2. për të garantuar aplikimin më të mirë të injeksioneve që ato të jenë të sigurt të bëhen përmes projektimit të sigurisë së pajisjeve për aplikim e injeksionit;

Mënyra më e sigurtë për të mbrojtur kundër injeksioneve të pasigurta është që të përdorin pajisjet e injektimit të cilat janë projektuar në mënyrë që ata nuk mund të ri-përdoren dhe nuk mund të çojnë në dëmtime aksidentale me gjilpërë në mesin e punëtorëve shëndetësorë. Dallimi kryesor është se shiringat janë të dizajnuara për të dhënë ilaçe që e lejojnë punonjës shëndetësor për të rregulluar dozën sipas nevojës dhe për të lëvizur dy here kur është e nevojshme të përzihen dy ilaçe të ndryshme në një shiringë apo për rindërtimin e vaksinave. Shiringat janë gjithashtu duke u projektuar me karakteristika për të mbrojtur punonjës shëndetësor nga plagët e gjilpërës dhe infeksionet që rezultojnë më vonë. OBSH jep udhëzimin për përdorimin e shiringave të sigurt të projektuar për injeksione intramuskulare, intradermale dhe injeksione nënlëkurore në mjediset e kujdesit shëndetësor.

Strategjia OBSH për përdorim të sigurt dhe të injeksioneve të gjithë botën ka katër objektiva:

1. formulimin e politikave dhe planeve kombëtare për përdorim të sigurt dhe të përshtatshëm të injeksioneve,
2. sigurimin e cilësisë dhe sigurisë së pajisjeve të injektimit,
3. lehtësimin e barrierave për të arritur pajisjet e injektimit,
4. përdorimin racional dhe me kosto efektive të injeksioneve.

2.4 Praktikak më të mira për injeksion

Praktikat më të mira të injeksionit të përshkruara kanë për qëllim mbrojtjen e pacientëve, punonjësve shëndetësorë dhe shoqëruesve të pacientit (Hutin .YJ.,et al, 2003).

2.4.1 Praktikak e përgjithshme të sigurisë

- Higjena e duarve - është një term i përgjithshëm që vlen për larjen e duarve me ujë dhe sapun dhe me antiseptikë. Higjiena e duarve është mënyra më e mirë dhe më e lehtë për të parandaluar përhapjen e mikroorganizmave.
- Punonjës shëndetësor duhet të veshin doreza sterile, të përshtatshme mirë kur janë në kontakt me gjak ose produkte gjaku.
- Personeli i kujdesit shëndetësor të ketë pajisje mbrojtëse personale një përdorimshe, siqë janë maskat, syze dhe veshje të tjera mbrojtëse.
- Përgatitja dhe dezinfektimi i lëkurës së pacientit, por edhe e personelit mjekësor

Siguria e injeksioneve është një pjesë integrale në parandalimin dhe kontrollin e infeksionit; një element i masave standarde; element kyç i pacientit dhe sigurinë e punëtorëve të kujdesit shëndetësor; mbështetur nga politikat dhe procedurat e tilla si higjienën e duarve, shtëpisë dhe menaxhimin e infeksionit nga mbeturinat, parandalimin dhe kontrollin. Metodat e injeksioneve të pasigurta janë të lidhura me rreziqe të tilla si:

A. Transmetimin e infeksioneve

B. Paralizë;

C. Anafilaksia (rënia e papritur sistemit të qarkullimit të gjakut për shkak të reagimit imunologjik ndaj ilaçit të injektuar).

2.5 Kujdesi infermieror- vlerësimi fillestar, diagnoza infermiore, planifikimi, zbatimi dhe evaluimi

Me kujdesin infermieror nënkuptohet çdo tip shërbimi që ofrohet nga infermieret me një impakt në statusin shëndetësor. Keshtu ky profesion identifikohet me rolin social të gruas dhe me konceptet antike të mjekimit, që do të thotë si përkujdesje ashtu edhe preokupim për të gjithë ata që në një rreth social jetojnë në kushte vështira”. Reforma të shumta, kanë bërë të mundur, që sot infermieria të ketë një rol të mirëpërcaktuar qoftë juridik, social apo ekonomik, me kompetenca tekniko-shkencore që nuk bien në konflikt me ato të mjekut, por përkundrazi që integrohen dhe plotësohen, duke mundësuar që së bashku të kryejnë atë që përbën detyrën primare të përbashkët, përkujdesjen dhe trajtimin e qytetarëve (Marilynn E., et al, 2010).

Ndërsa një infermiere e specializuar është ajo që pasi ka plotësuar një periudhë trajnimit në punë, realizon një projekt, i cili nuk lidhet vetëm me vjetërsinë në punë, por që është e aftë të thellohet në profesion. Në këtë mënyrë do të përfigurohet një profesionist veçanërisht i specializuar në një sektor të shëndetësisë, dhe personeli infermieror gjejnë integrimin maksimal, pavarësisht roleve të ndryshme. Eksperienca e tyre është mjaft e pasur dhe e rëndësishme duke u lejuar atyre të dyshojnë mënjëhere për mundësinë e shfaqjes të problemeve, të asistojnë pjesën më të madhe të sëmurëve. Profesionin e infermierisë është zhvilluar gjatë gjithë historisë së njerzimit por që infermierët në

kohët e hershme kurrë nuk kanë ndjekur shkollën e infermiereve; ato shpesh ishin murgesha dhe gra të tjera që siguronin kujdes për të sëmurët, të varfërit ose të pastrehët që ishin pa mbështetjen e familjes.(Gastmans, C. 2006).

Procesi i kujdesit infermieror përfshin:

Ekzaminimi: është diskutim i të dhënave dhe gjetjeve dhe në bazë të tyre bëhet vlerësimi i nevojave të klientit.

Diagnoza infermiore: është analiza e diskutimit të të dhënave për të përcaktuar problemet shëndetësore aktuale dhe potenciale nga infermiera.

Planifikimi: është zhvillimi i planit të veprimit për të zvogëluar apo parandaluar problemet e mundshme dhe planifikuar veprimet e infermierës.

Zbatimi: është zhvillimi i kujdesit infermieror, kryerja e intervenimeve të planifikuara infermiore, krahas mbledhjes së të dhënave në lidhje me klientin.

Vlerësimi: është përcaktimi i efektshmërisë së planit të kujdesit.

2.5.1 Vlerësimi infermieror

Vlerësimi infermieror i pacientit me potencial për edemë pulmonare përfshin të dyja të dhënat: subjektive dhe objektive. Infermierja duhet të shqyrtojë historinë mjekësore të pacientit për të përcaktuar kur është shfaqur për herë të parë edema, sëmundjet kronike të mëlçisë, sëmundjet endokrine ose renale, gjakderdhja gastrointestinale, ulçera, gastrike. Duhet të hetohen çrregullime inflamatorë të tilla si: ekspozimi ndaj rrezatimit, kushtëve të lagështisë, konsumit të duhanit. Duhet të identifikohen medikamentet e pacientëve, duke përfshirë terapitë e marrura për trajtimin e ndonjë sëmundje të mëparshme (Parahoo, K. 2006).

2.5.2 Diagnoza infermiore

Diagnoza kryesore infermiore e zbatueshme për shumë pacientë me edemë pulmonare përfshin intolerancën e aktivitetit që lidhet me dobësinë, lodhjen dhe keqësim të përgjithshëm; ushqimi i ndryshuar, frymëmarrje e vështirësuar, kollitja e cila në disa raste shoqërohet me gjakë.

Shfaqjet klinike të edemës janë të dukshme, pasi që pacienti është me lëkur të djersitur, si dhe gjatë frymëmarrjes e cila është e shoqëruar me fishkëllima, në rastet e rënda nuk mund të qëndron i shtrirë por vetëm ulur.

Historia e pacientëve dhe të dhënat laboratorike shpesh tregojnë qartë etiologjinë e edemës pulmonare. Kuptimi i ekzaminimit laboratorik është i dobishëm në planifikimin e kujdesit për pacientin dhe edukimin e pacientit dhe familjes lidhur me simptomat e edemës pulmonare (NANDA, 2010):

2.5.3 Planifikimi infermieror

Planifikimi infermieror varet nga etiologjia e edemës. Infermierja gjithashtu duhet të monitorojë shenjat vitale dhe furnizimin me oksigjen. Kur velrat e hemoglobinës është e ulët, zemra pompon gjak duke rritur ngarkesën e punës, duke prodhuar simptoma fillestare të tahikardisë dhe dispnea. Rezultatet e analizave laboratorike do të drejtojnë infermierin në kuptimin e etiologjisë për edemë. Lodhja si dhe pozicionimi i qendrimit ulur janë një simptomë shqetësuese për shumicën e pacientëve me edemë. Ndërhyrjet infermirore duhet të drejtohen në vendosjen e balancës midis aktiviteteve gjatë ditës, planifikimit të periudhave të pushimit dhe krijimit të një programi aktiviteti fizik.

Pacienti dhe familja duhet të përfshihen në planifikimin e trajtimit të pacientit. Ushqimet në sasi të vogla të shpeshta gjatë ditës mund të rrisin aftësinë e pacientit për të mbajtur një dietë ushqyese, veçanërisht nëse pacienti është një i rritur i moshuar ose që jeton vetëm.

Infermierja duhet të edukojë pacientin për mënyrën e marrjes së ilaçeve që aplikohen për trajtimin e edemës, si dhe ilaçet për qetësimin e dhimbjeve.

Infermierja duhet të monitorojë pacientin për rezultatet e pritshme të ndërhyrjeve në infermieri. A ju përmbahet pacienti aktiviteteve dhe a ndjek programin e aktiviteteve progresive dhe pushimit, pastaj, a i përmbahet diëtës adekate dhe të ekuilibruar dhe i cili duhet të përputhet me shtesat ushqimore të sugjeruara përmes planit të trajtimit. Monitorimi i vazhdueshëm i analizave laboratorike të pacientëve. Monitorimi i shenjave vitale në pushim dhe gjatë aktivitetit do të demonstrojë aktivitetet e pacientëve për jetën e përditshme. Janë shenjat vitale brenda bazës së pacientit. Pacienti dhe familja shpesh janë të shqetësuar dhe mund të kenë nevojë për literaturë shtesë në gjuhën e zgjedhur prej tyre për të mbështetur komponentën arsimore të rolit të infermierëve (Cramer ME., et al, 2011).

2.5.4 Zbatimi

Infermieria monitoron shenjat dhe simptomat e edemës pulmonare: dyspnea, cianoza, tachypnea, kollë e vazhdueshme ose kollë produktive me pështymë të zbehtë dhe me ngjyrë trëndafili, presioni i lartë i arteries pulmonare, takikardia etj. Në bazë të diagnozës fillojnë trajtimet e duhura sipas protokollit, të cilat mund të përfshijnë:

Diuretikët - për të ulur forcën kontraktuese dhe dhimbjet që shfaqen në kafaz të krahërorit.

Vasodilatatorët - për të ulur ngarkesën e punës së zemrës.

Jonotropikët positive, për të rritur kontraktimet ventrikulare.

Morfina - për të zvogëluar ankthin, ngarkesën psikologjike.

Monitoroni parametrat e urines, këto vlera mund të ndihmojnë në vlerësimin e hidratimit.

Mirren hapa për të mbajtur hidratimin adekuat, duhet pastur kujdes që pacienti të mos kaloj në mbihidartim pasi që mund përkeqësojë edemë pulmonare.

Ndryshohet pozicioni i pacientit çdo dy orë me terapi fizike të gjoksit.

Përcaktoni se cili pozicion i ofron oksigjenim optimal duke analizuar saturimin e oksigjenit nga puls oksimetri . Kufizimi i kohës që pacienti e shpenzon në pozicionet që pengojnë oksigjenimin.

Pacienti vendoset në pozicionin e lartë të Foëler-it me këmbët e varura nëse dispneja është e rëndë.

Nxiteni që pacienti të jetë jashtë shtratit dhe në një karrige për ngrënie. Ky pozicionim ndihmon në zvogëlimin e kthimit venoz të qarkullimit të gjakut, të cilat shkaktojnë rritjen e grumbullimit të gjakut në venave dhe zvogëlojnë presionin në mushkëri (NANDA, 2010).

2.5.5 Evaluimi infermieror

Kjo arrihet kur infermieria dhe vetë pacienti iu përmbahen kushteve të trajtimit dhe rezultatet e pritshme janë kur:

Frekuenca e frymëmarrjes arrin 12 deri 20 frymëm/min, zhurma e frymëmarrjes nga mushkëritë dëgjohet qartë në auskultim, pH 7.35 deri 7.45 , PaO₂: 80 deri në 100 mm Hg, PaCO₂ 35 deri 45 mm Hg. Ai do të lirohet nga trajtimi spitalor në trajtim në shtëpi me udhëzime për medikamentet e një orar për rehabilitimin pulmonar dhe kujdesin e duhur për t'u këshilluar me pulmologun dhe ofruesin e kujdesit parësor. (Meg Gulanick , A. Fand Judith L. M, 2013).

3 DEKLARIMI I PROBLEMIT

Trajtimi mjekësor ka për qëllim të shpëtojë jetën dhe përmirësojë shëndetin e popullatës, dhe të gjithë punonjësit shëndetësor kanë një përgjegjësi të ndërmarrin masat e duhura gjatë aplikimit të injeksioneve dhe infuzioneve me qëllim që të parandalojnë transmetimin e infeksioneve të lidhura me fazat dhe procedurat e kujdesit shëndetësor ndaj pacientëve. Respektimi i praktikave të sigurta të injektimit dhe kontrolli i lidhur me infeksionin është pjesë e kësaj përgjegjësie - mbron pacientët dhe punonjësit e shëndetësor.

Tema jonë përshkruan pikërisht këtë proces, rolin e infermierit/es dhe kujdesin në zbatimin dhe përcjelljen e dhënies së injeksioneve dhe infuzioneve, poashtu përshkruan procesin e mbrojtjes nga injeksionet e pasigurta dhe evitimin e lëndimeve të mundshme tek ne si staf mjekësor dhe tek pacientët gjithashtu.

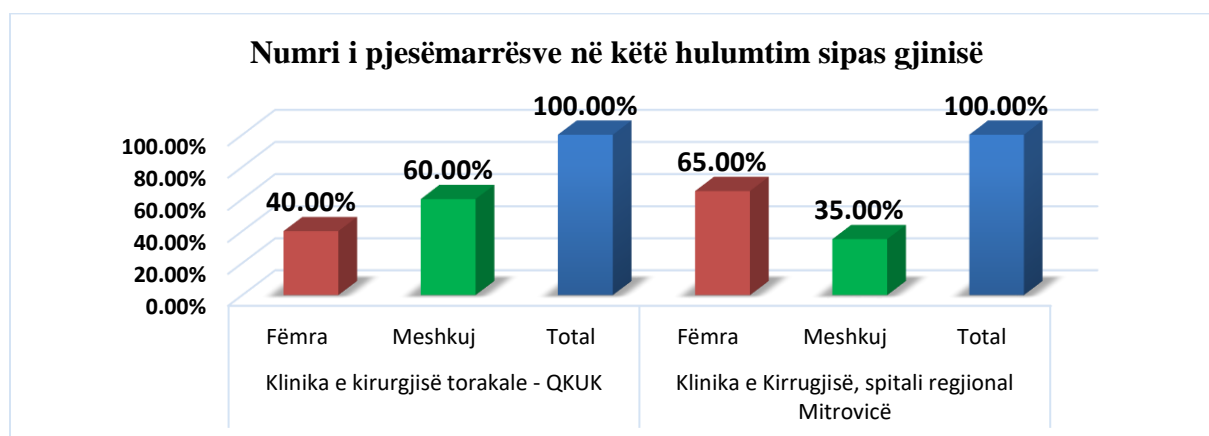
Qëllimi i këtij punimi është të marrë të dhëna mbi zbatimin e drejtë /jo të drejtë të dhënies së terapisë përmes injeksioneve, infuzioneve periferike dhe rolin e infermieres në këtë proces. Ky punim synon të rrisë vetëdijen në lidhje me vendet e injektimit të përdorura për injeksion intramuscular, intravenoz dhe të nxjerrë në pah praktikën më të mirë në lidhje me administrimin e injektimit të terapisë. Mjekët dhe punëtorët tjerë të kujdesit shëndetësor gjatë punës takohen me rreziqe në aktivitetet e tyre klinike dhe laboratorike në spital. Gjaku dhe derdhjet tjera nga pacientët e infektuar mund të ketë patogjene të tilla si HIV, hepatitit B ose C, duke rritur rrezikun e transmetimit nga aksidentet të tilla si shpimi me gjilpërë dhe kontaktet me lëngjet e trupit.

4 METODOLOGJIA

Ky studim ndërsektorial u realizua midis muajit Janar 2020 dhe Shkurt 2020 në klinikën e Kirurgjisë Torakale në Qendrën Klinike Universitare të Kosovës, si dhe në Klinikën e Kirurgjisë në spitalin Regjinal të Mitrovicës. Si mostër në këtë studim janë marrë N=50 pacientë të dy gjinive. Kriteret e përfshirjes ishin pacientë të moshës mbi 18 vjeçare e që ishin të hospitalizaur më shumë së 72 orë për tretman mjekësor.

Tabela 1. Numri i pjesëmarrësve në këtë hulumtim

Mostra	Gjendja	Numri (N)	Përqindja (%)
Klinika e Kirurgjisë Torakale – QKUK	Femra	12	40.00%
	Meshkuj	18	60.00%
	Total	30	100.00%
Klinika e Kirurgjisë, Spitali Regjional Mitrovicë	Fëmra	13	65.00%
	Meshkuj	7	35.00%
	Total	20	100.00%



Grafiku 1. Numri i pjesëmarrësve në këtë hulumtim sipas gjinisë

Një pyetësor në gjuhën shqipe u krijua për t'u përdorur për anketën me pjesëmarrësit. Të gjitha intervistat janë realizuar nga një studiues i vetëm (**shiko shtojcën në kapitullin 8**). Të dhënat u analizuan duke përdorur Paketën Statistikore për Shkencat Sociale (SPSS).

5. PREZANTIMI DHE ANALIZA E REZULTATEVE

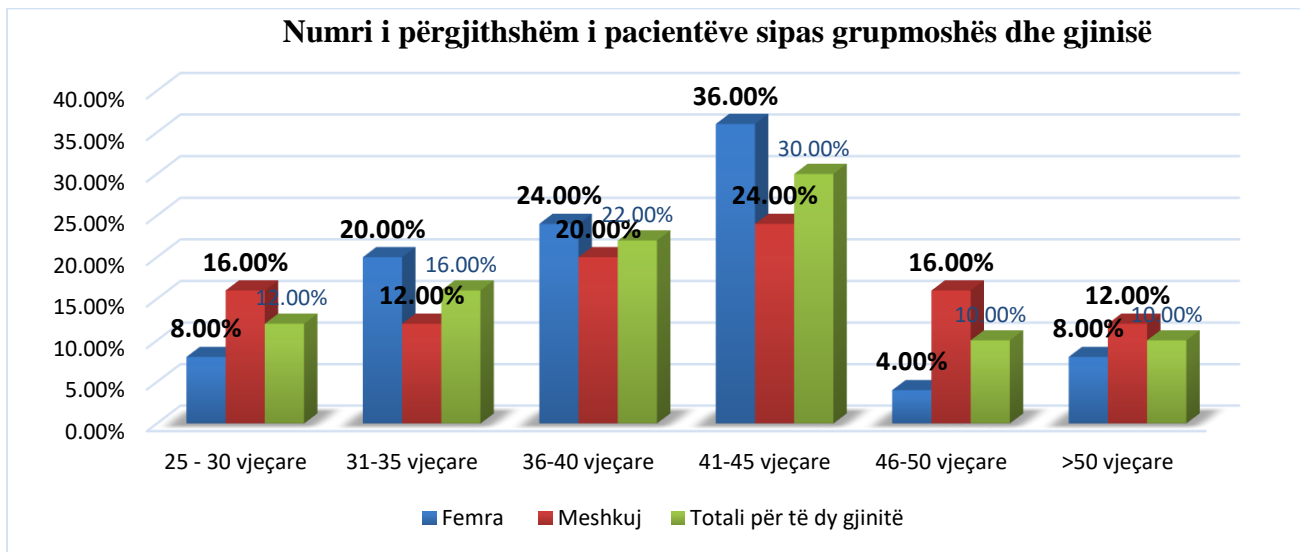
5.1 Prezantimi i rezultateve

Tabela 2. Numri i përgjithshëm i pacientëve sipas grupmoshës dhe gjinisë të përpunuara statistikisht sipas programit SPSS

Mosha	Mesi klases për të dy gjinitë	Femra numri i përgjithshëm (N)	Meshkuj numri i përgjithshëm (N)	X2	xy	y2	Femr a %	Meshk uj %	% për të dy gjinit ë
25 - 30 vjeçare	3	2	4	4.00	8.00	16	8.00	16.00	12.00
31-35 vjeçare	4	5	3	25.00	15.00	9	20.00	12.00	16.00
36-40 vjeçare	5.5	6	5	36.00	30.00	25	24.00	20.00	22.00
41-45 vjeçare	7.5	9	6	81.00	54.00	36	36.00	24.00	30.00
46-50 vjeçare	2.5	1	4	1.00	4.00	16	4.00	16.00	10.00
>50 vjeçare	2.5	2	3	4.00	6.00	9	8.00	12.00	10.00
Shuma	25	25	25	625.0	625.0	62	100.0	100.0	100.0
				0	0	5	0	100.00	0
Korrelacio ni		0.71	0.51						
DS		3.06	1.16						
1/2DS		1.53	0.58						
Mesatarja		4.16	4.16						
b	1								
a	0								

Nëse analizohet tabela e lartëshënuar, del se nga N= 50 (nga N= 30 e pacinetvëe në QKUK dhe N=25 nga Spitali i Mitrovicës) për qëllime didaktike dhe lehtësim të interpretimit të rezultateve i kemi klasifikuar sipas gjinisë dhe grupmoshës, ku nga kjo tabel del se numër më të madh të pacientëve ishin të grupmoshës 41-45 vjeçare me N= 15 apo 30.00 % (ku sipas gjinisë në këtë grupmoshë pacientë të gjinisë femërore ishin N= 9 apo 36.00 % e totalit të pacientëve të kësaj gjinië, kurse pacientë të gjinisë mashkullore ishin N=6 apo 24.00 % e totalit të pacientëve të gjinisë mashkullore) pastaj numër të përafërt të pacientëve të trajtuar në këto dy qendra spitalore ishin të grupmoshës 36-40 vjeçare me N=11 apo 22.00 % e totalit të përgjithshëm për të dy gjinitë (kurse

të ndarë sipas gjinisë në këtë grupmoshë pacientë të gjinisë femërore ishin N= 6 apo 24.00 % e totalit të pacientëve të kësaj gjinië, kurse pacientë të gjinisë mashkullore ishin N=5 apo 20.00 % e totalit të pacientëve të gjinisë mashkullore), pastaj me N=8 apo 16.00 % nga totali i përgjithshëm ishin pacientët e grupmoshës 31-35 vjeçare (ku sipas gjinisë në këtë grupmoshë pacientë të gjinisë femërore ishin N= 4 apo 33.33 % e totalit të pacientëve të kësaj gjinië, kurse pacientë të gjinisë mashkullore ishin N=2 apo 11.11 % e totalit të pacientëve të gjinisë mashkullore), numër më të vogël për të dy gjinit ishin pacientë e grupmoshës 25-30 vjeçare (ku sipas gjinisë në këtë grupmoshë pacientë të gjinisë femërore ishin N= 1 apo 8.33 % e totalit të pacientëve të kësaj gjinië, kurse pacientë të gjinisë mashkullore ishin N=2 apo 11 % e totalit të pacientëve të gjinisë mashkullore), pasi tek grupmosha 46-50 vjeçare dhe > 50 vjeçare nuk kishim pacientë të gjinisë femërore, por vetëm të gjinisë mashkullore, ku kishim N=4 apo 22.22 % e totalit të kësaj gjinië ishin të grupmoshës 46-50 vjeçare (apo 13.33 % e totalit të përgjithshëm të pacientëve), ndërsa pacientët të grupmoshës >50 vjeçare ishin N=2 apo 11.11 % e totalit të kësaj gjinie (apo 6.67 % e totalit të përgjithshëm të pacientëve).



Grafiku 1. Numri i përgjithshëm i pacientëve sipas grupmoshës dhe gjinisë në të dy qendrat spitalore të hulumtimit tonë

Analizuar të dhënat nga tabela e lartëshënuar numër 1, të cilat janë përpunuar me anë të programit statistikor SPSS, janë përfshirë edhe:

Korrelacioni – ku për të dy gjinitë kishim një vlerë korrelativë pak të theksuar më një ndryshore prej **0.20**, kur korrelacioni për gjininë femërore ishte 0.71 kurse për gjininë mashkullore ishte 0.5.1 Devijimi standard (DS): ishte më i theksuar (më i lartë për arsye të numrit më të lartë të gjinisë femërore që ishin pjesëmarrëse në këtë hulumtim) për gjininë femërore me 3.06, kundrejt pacientëve të gjinisë mashkullore ku Devijimi standard ishte 1.16 (me një ndrysim prej 1.84) . Mesatryja e përgjithshme për të gjitha grupmoshat dhe të dy gjinitë ishte 4.16.

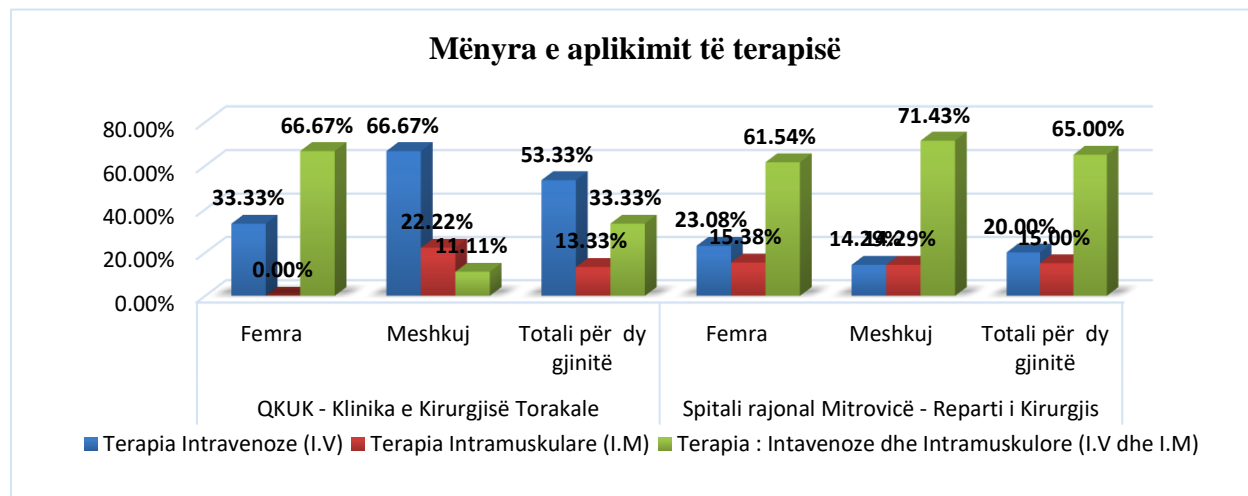
Kurse ajo çka është me e rëndësishme (P- është vlera e një testi hipotezash statistikore) në rezultatet e hulumtimit tonë ishte **P=0.001**, çka tregon se rëndësia marginale brenda hipotezës sonë statistikore ishte e lartë)

Tabela 3. Mënyra e aplikimit të terapisë tek të gjithë pacientët e hulumtimit tonë

Mënyra e aplikimit të terapisë	QKUK - Klinika e Kirurgjisë torakale						Mitrovicë - Klinika e Kirurgjisë					
	Femra		Meshkuj		Totali për dy gjinitë		Femra		Meshkuj		Totali për dy gjinitë	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Terapia (I.V)	4	33.33	12	66.67	16	53.33	3	23.08	1	14.29	4	20.00
Terapia (I.M)	0	0.00	4	22.22	4	13.33	2	15.38	1	14.29	3	15.00
Terapia (I.V& I.M)	8	66.67	2	11.11	10	33.33	8	61.54	5	71.43	13	65.00

Nëse analizohet tabela për mënyren e aplikimit të terapisë del se: nga të gjithë pacientët N=50, në **QKUK** prej tyre N= 16 apo 53.33 % është aplikuar vetëm terapi i.v. (sipas gjinisë: N=4 apo 33% ishin të gjinisë femërore kurse N=12 ose 66.67% ishin të gjinisë mashkullore), pastaj vetëm terapi I.M është aplikuar vetëm tek N=4 apo 13.33 % e totalit të pacientëve, e që në këtë rast ishin të gjithë të gjinisë mashkullore (apo N=4 ose 22.22% e totalit të meshkujve), dhe me terapi I.V dhe I.M janë trajtuar në total N=10 apo 33.33% e totalit të dy gjinive (e sipas gjinisë: N=8 apo 66.67% ishin pacientë të gjinisë femërore, kurse N=2 ose 11.11% ishin pacientë të gjinisë mashkullore), kurse në **Mitrovicë** N= 4 apo 20.00 % është aplikuar vetëm terapi Intravenoze (e sipas gjinisë: N=3 apo 23.08 % ishin pacientë të gjinisë femërore, kurse N=1 ose 14.29 % ishin pacientë të gjinisë mashkullore), pastaj terapi Intramuskulare është aplikuar tek N=3 apo 15.00 % e totalit të pacientëve, të gjinisë femërore ishin N=2 apo 15.38%, kurse të gjinisë mashkullore (N=1 ose

14.29 % e totalit të meshkujve), dhe krejt në fund me terapi intravenoze dhe intramuskulare janë trajtuar në total N=13 apo 65.00% e totalit të dy gjinive (sipas gjinisë N=8 apo 61.54% ishin të gjinisë femërore kurse N=5 ose 71.43% ishin të gjinisë mashkullore).



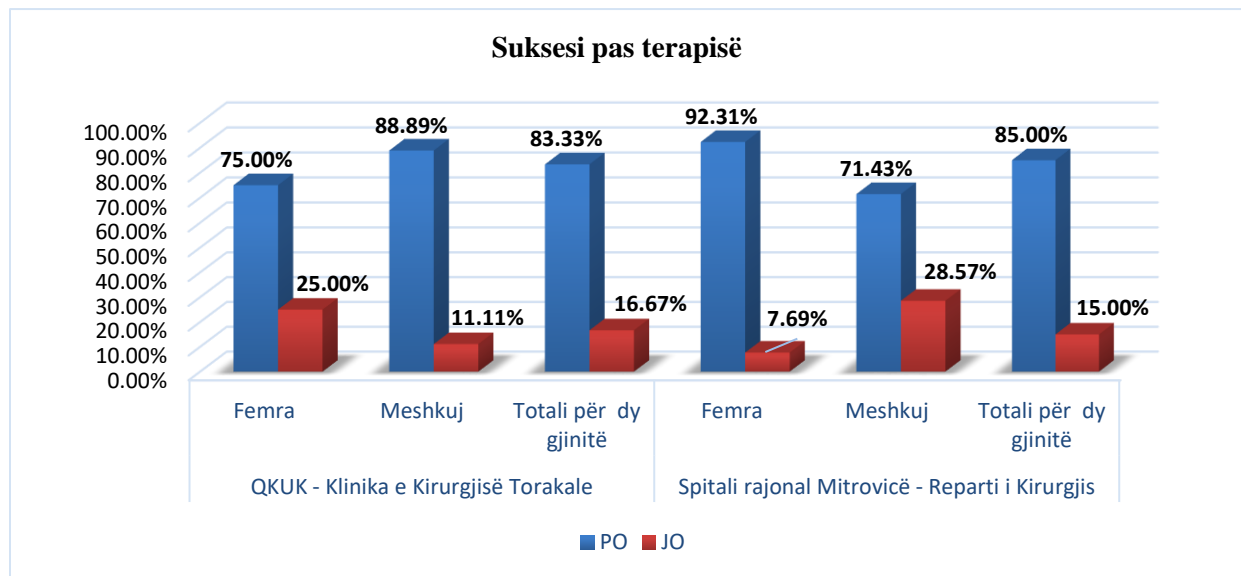
Grafiku 2.. Vlerat në % mbi mënyren e aplikimit të terapisë

Tabela 4. Suksesitë tek pacienti pas marrjes së terapisë në të dy qendrat e trajtimit spitalor QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale dhe Spitali Rajonal Mitrovicë Reparti i Kirurgjisë

Suksesi pas terapisë	QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale						Spitali Rajonal Mitrovicë - Reparti i Kirurgjisë					
	Femra		Meshkuj		Totali për dy gjinitë		Femra		Meshkuj		Totali për dy gjinitë	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PO	9	75.00	16	88.89	25	83.33	12	92.31	5	71.43	17	85.00
JO	3	25.00	2	11.11	5	16.67	1	7.69	2	28.57	3	15.00

Kur analizohet suksesitë e terapisë së aplikuar ndaj pacientëve të të dy gjinive në të dy qendrat e trajtimit spitalor, del se nga totali N=50 e pacientëve N=42 prej tyre apo 84 % kanë pasur sukses ndaj terapisë, dhe N= 8 apo 16% nuk kanë pasur sukses (terapia e përshkruar është zëvendësuar me terapi tjetër). Këtu vlen të theksohet se në **QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale** prej totalit N=30 e pacientëve N=25 apo 83.33% kanë pasur sukses ndaj terapisë (ku të gjinisë femërore N=9 apo 75%, dhe të gjinisë mashkullore N=16 apo 88.89 %), kurse pacientë që nuk kishin sukses ndaj terapisë në këtë institucion ishin N=5 apo 16.67% (të gjinisë femërore N=3 apo 25%, dhe të gjinisë mashkullore N=2 apo 16.67 %), pastaj në **Spitali Rajonal Mitrovicë - Reparti i Kirurgjisë** prej totalit N=20 e pacientëve N=17 apo 85 % kanë pasur sukses ndaj terapisë (ku të gjinisë femërore N=12 apo 92.13 %, dhe të gjinisë mashkullore N=5 apo 71.43%), kurse pacientë pa sukses ndaj

terapisë në këtë institucion ishin N=4 apo 16.67% (ku të gjinisë femërore N=1 apo 7.69%, dhe të gjinisë mashkullore N=2 apo 28.57%).



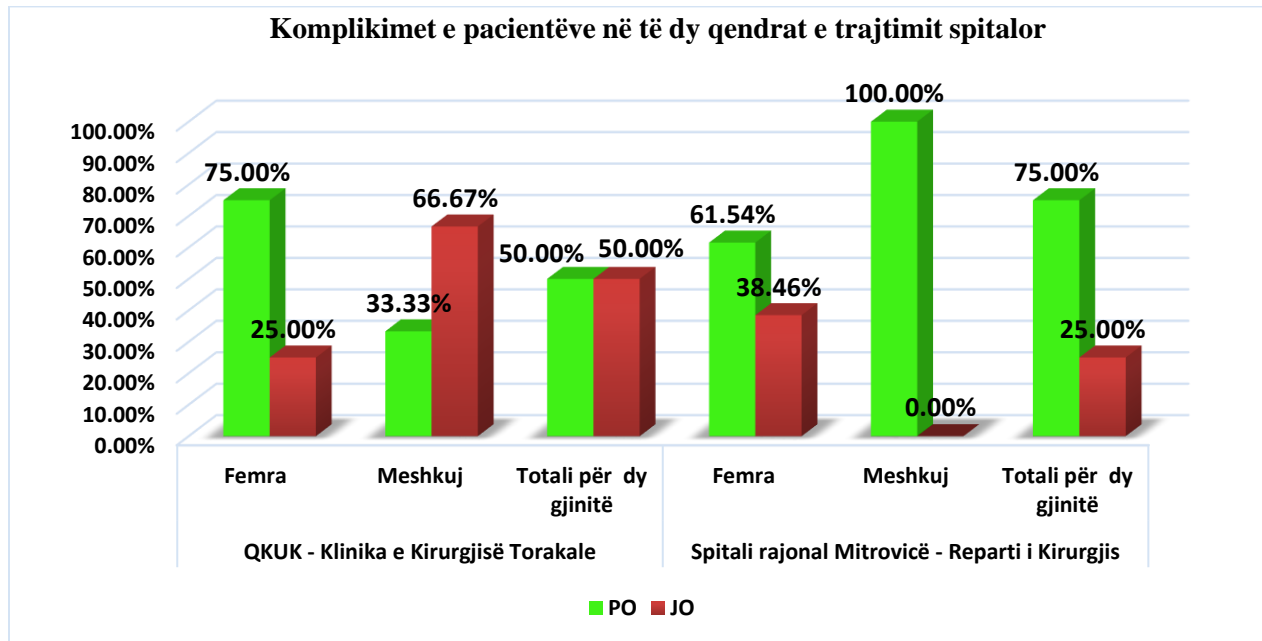
Grafiku 3.. Suksesi tek pacienti pas marrjes së terapisë në të dy qendrat e trajtimit spitalor

Tabela 5. Komplikimet e pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor: QKUK - Klinika e Klinika e Kirurgjisë Torakale si dhe Spitali regjional Mitrovicë Reparti i Kirurgjisë

Komplikime	QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale						Spitali rajonal Mitrovicë - Reparti i Kirurgjisë					
	Femra		Meshkuj		Totali për dy gjinitë		Femra		Meshkuj		Totali për dy gjinitë	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PO	9	75.00	6	33.33	15	50.00	8	61.54	7	100	15	75.00
JO	3	25.00	12	66.67	15	50.00	5	38.46	0	0.00	5	25.00

Në tabelën e lartë shënuar shumica e pacientëve gjatë marrjes së terpisë kanë shfaqur edhe komplime të ndryshme, kun ë të dy instticionet spitalore në total prej N= 50 pacientëve të hulumtimit tonë N=30 prej tyre kanë shfaqur komplikime ku **QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale** prej N=30 gjysma prej tyre apo 50% kanë shfaqur komplikime me N=15, po aq ishte edhe numri i pacientëve që nuk kanë shfaqur komplikme me N=15 apo 50% (sipas gjinisë N=9 apo 75% ishin të gjinisë femërore dhe N=6 apo 33.33% të gjinisë mashkullore= pra këtu për nga rastet e komplikimit dominonte gjinia femërore), kurse numri i atyre që nuk ka shfaqur komplikime sipas gjinisë këtu dominonte gjinia mashkullore ku prej N=18 pacientë N=12 apo

66.67 % nuk kanë shfaqur shenja te komplikimit, kurse të gjinisë femëore pa komplikacione prej N = 12 ishin N=3 apo 25.0%.



Grafiku 4. Komplikimet e pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor

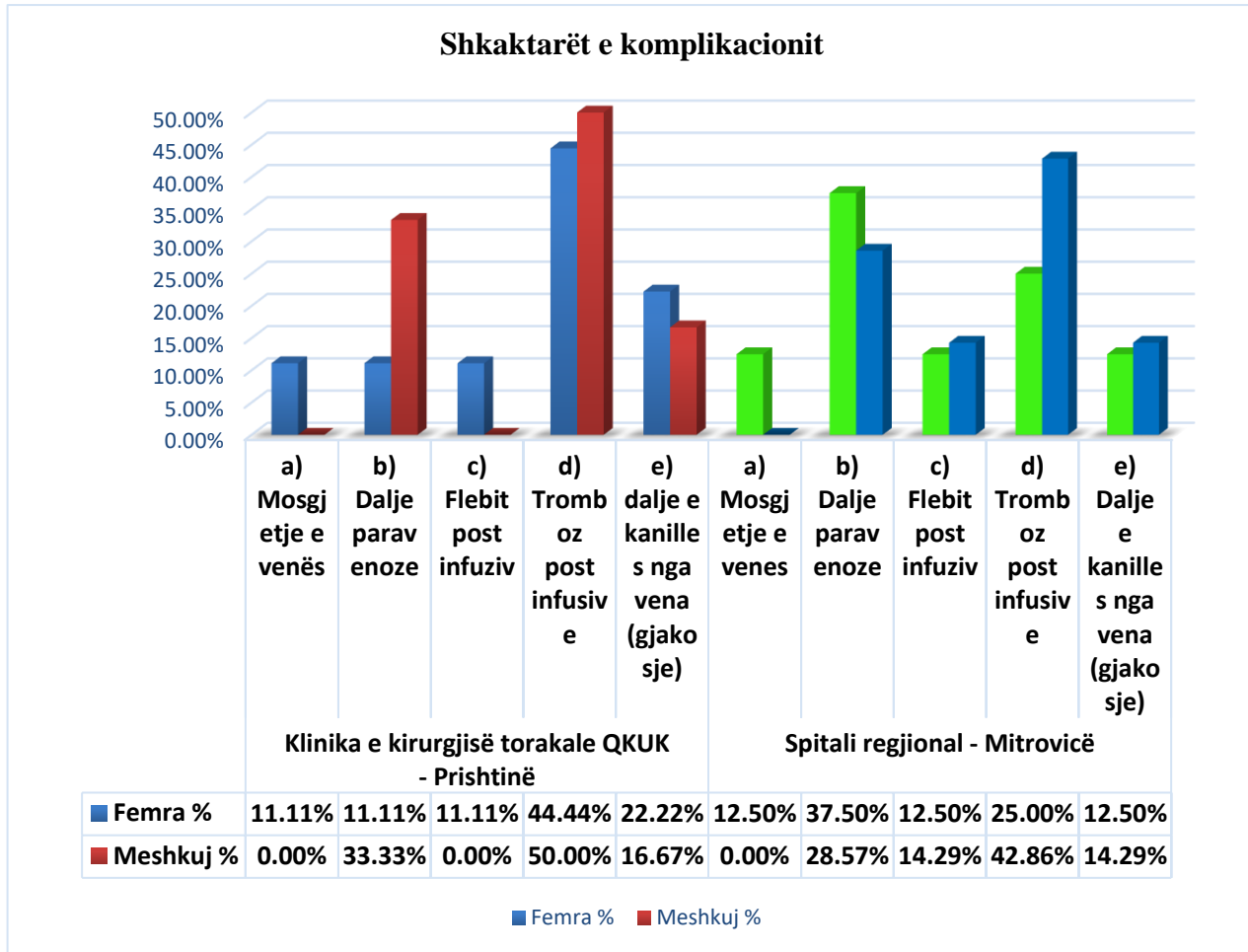
Pastaj **Spitali Rajonal Mitrovicë - Reparti i Kirurgjisë** prej N=20 pacientë që kanë shfaqur komplikime ishin N=15, apo 75% po kundrejt N=5 apo 25.00% që nuk kanë shfaqur komplikime me N=15 apo 50% (sipas gjinisë N=8 apo 61.54% ishin të gjinisë femëore dhe N=7 apo 100% të gjinisë mashkullore. Pra këtu për nga rastet e komplikimit dominonte gjinia mashkullore më 100%), kurse numri i pacientëve të gjinisë femëore më N= 5 apo 38.46 %. *Nëse krahasohen këto dy institucione del se ka dallime sipas gjinisë për nga numri i komplikimeve, ku në QKUK dominonte gjinia femëore, kurse në Spitali Rajonal Mitrovicë dominonte gjinia mashkullore.*

Tabela 6. Shkaktarët e shfaqjes së komplikimeve në të dy qendrat e trajtimit spitalor :QKUK - Klinika e Klinika e Kirurgjisë Torakale si dhe Spitali Regjional Mitrovicë Reparti i Kirurgjisë.

Institucioni	Shkaku i komplikacionit	Femra		Meshkuj	
		Numri	%	Numri	%
QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale	a) Mosgjetje e venes	1	11.11	0	0.00
	b) Dalje paravenoze	1	11.11	2	33.33
	c) Flebit post infuziv	1	11.11	0	0.00
	d) Trombozë post infusive	4	44.44	3	50.00
	e) Dalje e kaniles nga vena (gjakosje)	2	22.22	1	16.67
Spitali Rajonal Mitrovicë - Reparti i Kirurgjisë	a) Mosgjetje e venes	1	12.50	0	0.00
	b) Dalje paravenoze	3	37.50	2	28.57
	c) Flebit post infuziv	1	12.50	1	14.29
	d) Trombozë post infuzive	2	25.00	3	42.86
	e) Dalje e kaniles nga vena (gjakosje)	1	12.50	1	14.29

Në tabelën numër 6 janë paraqitur shkaktarët më të shpeshtë që kanë qar në shfaqjen e komplikimeve, ku në QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale, tek gjinia femërore prej N=9 rasteve të komplikimit N=4 apo 44.44% ishin si shkak i Trombozës post infusive, pastaj N=2 apo 22.22% shkaktar ishte dalje e kanilles nga vena (gjakosje) si dhe me N=1 apo 11.11 % shkaktarë të komplikacionit ishin: mosgjetje e venes, dalje paravenoze si dhe flebit post infuziv, ndërsa gjinia mashkullore prej N=6 rasteve të komplikimit edhe këtu numri më i lartë N=3 apo 50% ishin si shkak i trombozës post infusive, pastaj N=2 apo 33.33 % shkaktar ishte dalja paravenoze, si dhe me N=1 apo 16.67 % shkak i komplikacionit ishte dalja e kanilles nga vena (gjakosje), kurse shkaktarë tjerë të gjinia mashkullore nuk kemi hasur në këtë hulumtim tonin. Ndërsa në institucionin tjetër përkatësisht Spitali rajonal Mitrovicë - Reparti i Kirurgjisë, të gjithë pacientët e gjinisë mashkullore N=7 apo 100% kanë shfaqur komplikime, ku shkaktarët kryesor ishin : tromboza post infusive me N=3 apo 42.86 %, dalja paravenoze N=2 ose 28.57 %, me N=1 apo 14.29 % shkaktarë tjerë ishin: flebiti pos infuziv dhe dalja e kanillës nga vena., tek kjo gjini nuk ka pasur komplikime për shkak të mosgjetjes së venës, poashtu edhe gjinia femërore ishte e përfaqësuar me të gjitha komplikacionet e mundshme të cekuar në tabelë, ku nga N=8 raste, shkaktarë kryesor ishte dalja paravenoze me N=3 apo 37.50%, pastaj tromboza post infusive me

N=2 apo 25.50%, dhe me nga një rast N=1 apo 12.50 % shkakatarë ishin: Mosgjetje e venes. Flebit post infuziv si dhe Dalje e kanilles nga vena (gjakosje).

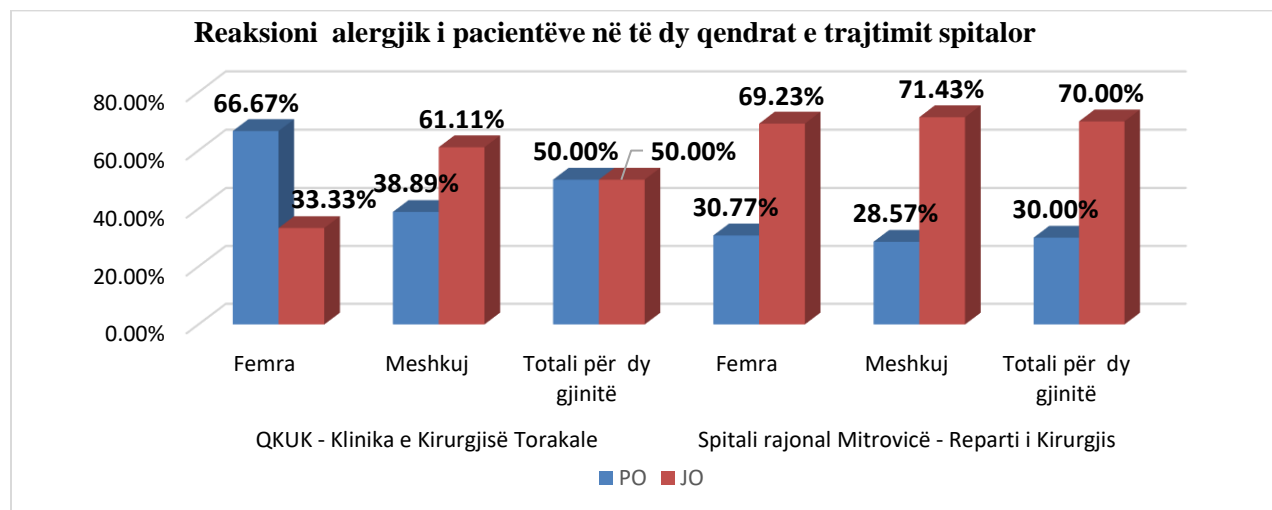


Grafiku 5. Shkaktarët e shfaqjes së komplikimeve në të dy qendrat e trajtimit spitalor

Tabela 7. Reaksioni alergjik i pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor : QKUK - Klinika e Klinika e Kirurgjisë Torakale si dhe Spitali regjional Mitrovicë Reparti i Kirurgjisë

Alergji	QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale						Spitali rajonal Mitrovicë - Reparti i Kirurgjisë					
	Femra		Meshkuj		Totali për dy gjinitë		Femra		Meshkuj		Totali për dy gjinitë	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PO	8	66.67	7	38.89	15	50.00	4	30.77	2	28.57	6	30.00
JO	4	33.33	11	61.11	15	50.00	9	69.23	5	71.43	14	70.00

Gjate aplikimit të terapisë (intavenoze dhe asaj intramuskulare) në këto dy qendra të trajtimit të pacientëve, kishte një numër të caktuar të pacientëve që kanë shfaqur reaksione alergjike ndaj terapisë (alergjia kryesisht është shfaqur me skuqje të lëkurës), me çrast numri më i madh është hasur në QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale, me 50 % të pacientëve apo N=15 e tyre (prej N=30) që ishin në total, ku tek gjinia femërore (N=12) është shfaqur me N=8 apo 66.67 %, kundrejt N=4 apo 33.33% që nuk kanë shfaqur reaksion alergjik, kurse gjinia mashkullore (N=18) reaksioni alergjik është shfaqur në N=7 apo 38.89 %, kundrejt N=11 apo 61.11% që nuk kanë shfaqur reaksion alergjik, kurse sa i përket institucionit tjetër Spitali rajonal Mitrovicë - Reparti i Kirurgjis, këtu nga totali i përgjithshëm N=20 pacient, vetem N=6 apo 30.00 % kanë shfaqur reaksion alergjik ndaj terapisë (këtu përveq skuqjes se lëkurës është hasur edhe një rast me pengesa në frymëmarrje) kurse 70% apo N=14 e pacientëve nuk kishin alergjik. Tek gjinia femërore (N=13) është shfaqur me N=4 apo 30.77 %, kundrejt N=9 apo 69.23 % që nuk kanë shfaqur reaksion alergjik, kurse gjinia mashkullore (N=7) reaksioni alergjik është shfaqur në N=2 apo 28.57 %, kundrejt N=5 apo 71.43 % që nuk kanë shfaqur reaksion alergjik

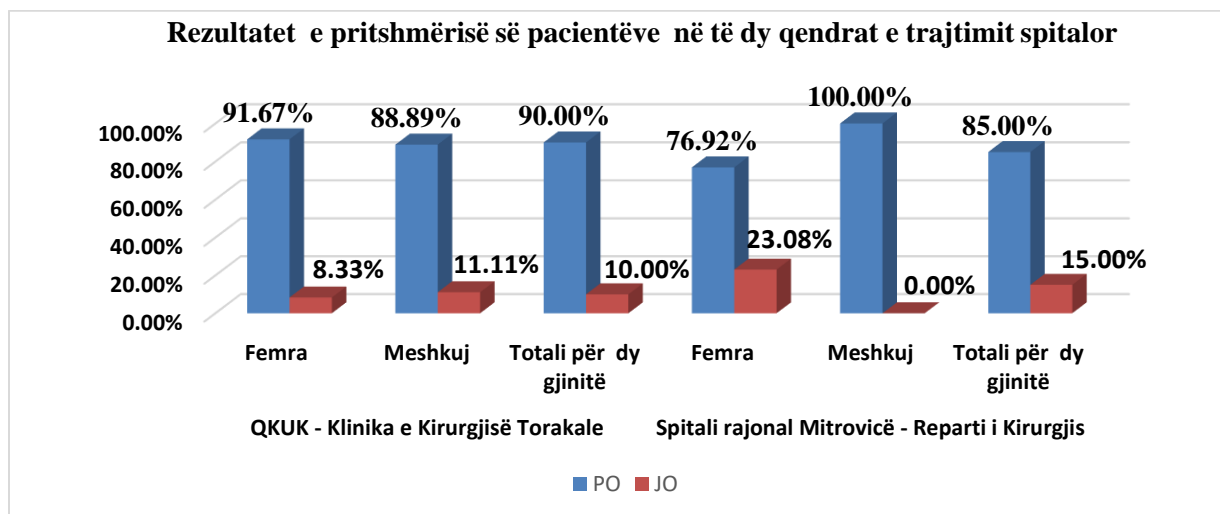


Grafiku 2. Reaksioni alergjik i pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor

Tabela 8. Rezultatet e pritshmërisë së pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor : QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale si dhe Spitali regional Mitrovicë Reparti i Kirurgjisë

A është i kënaqur pacienti	QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale						Spitali rajonal Mitrovicë - Reparti i Kirurgjis					
	Femra		Meshkuj		Totali për dy gjinitë		Femra		Meshkuj		Totali për dy gjinitë	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
PO	11	91.67	16	88.89	27	90.00	10	76.92	7	100.00	17	85.00
JO	1	8.33	2	11.11	3	10.00	3	23.08	0	0.00	3	15.00

Falë punës së pa mohushme dhe përkushtimit të madh të personelit mjekësor me këta pacientë të cilët në fund kanë dhënë edhe vlerësimin e tyre për tretmanin e ofruar, në të dy qendrat spitalore të trajtimit, ku në QKUK - Klinika e Kirurgjisë Torakale (prej N=30 e pacientëve) prej tyre 90.00 % apo N=27 janë deklaruar se janë të kënaqur me trajtimin e ofruar, kundrejt N= 3 apo 10.00% qe janë deklaruar të pakënaqur në këtë grup sipas gjinisë ajo femërore (N=12) të kënaqur janë deklaruar N=11 apo 91.67 %, kundrejt N=1 apo 8.33 % që ka shprehur paknaqësi ndaj tretmanin të ofruar, kurse gjinia mashkullore (N=18) të kënaqur janë deklaruar N=16 apo 88.89 %, kundrejt N=2 apo 11.11 % që ka shprehur paknaqësi ndaj tretmanin të ofruar, ndërsa në Spitalin rajonal Mitrovicë - Reparti i Kirurgjisë, kënaqësia ishte më e ulët ndaj personelit mjekësor, ku (prej N=20 e pacientëve) prej tyre 85.00 % apo N=17 janë deklaruar se janë të kënaqur me trajtimin e ofruar, kundrejt N= 3 apo 15% qe janë deklaruar të pakënaqur, në këtë grup sipas gjinisë ajo femërore (N=13) të kënaqur janë deklaruar N=10 apo 76.92 %, kundrejt N=3 apo 23.08 % që ka shprehur paknaqësi ndaj tretmanint të ofruar, kurse gjinia mashkullore (N=7) të kënaqur janë deklaruar të gjithë pacientët e gjinisë mashkullore N=7 apo 100.00 %.



Grafiku 3. Rezultatet e pritshmërisë së pacientëve në të dy qendrat e trajtimit spitalor

5.2 Analiza e rezultateve

Ky studim përshkruan efektin e zbatimit të një protokollit mbi cilësinë e kujdesit të përgatitjes dhe administrimit të barnave intramuskulare dhe intravenoze nga infermierët.

Terapia me ilaçe të injektueshme (injeksione dhe infuzione) konsiderohet një komponent thelbësor e ofrimit aktual të kujdesit shëndetësor. Mbi 90% e të gjithë pacientëve të shtruar në spital marrin një formë të kësaj terapie. (ISMP, 2015). Terapia me injeksion të ilaçeve përfshin ilaçe që administrohen direkt në indet e trupit ose sistemin e qarkullimit të gjakut. Kjo terapi përfshin kryesisht infuzione dhe injeksione intravenoze të ilaçeve, por edhe rrugë të tjera administrimi siç janë injeksione nënlëkurore dhe intramuskulare. (Doyle GR., et al, 2015) Pasi që në vendin tonë po aplikohen metodat e reja bashkohore që janë konform praktikave dhe rekomandimeve të OBSH-së, dhe pas zbatimit të këtij protokoll, kemi vërejtur një përmirësim modest në përmisimin e cilësisë së dhënies së injeksioneve, infuzioneve dhe percjellja e tyre nga ana e infermierëve. Ekzistojnë disa studime të cilat gjithashtu përshkruanin efektin e një ndërhyrje në rritjen e cilësisë së kujdesit për përgatitjen dhe administrimin e barnave intramuskulare dhe intravenoze, siç është përdorimi i programeve interaktive CD-ROM (Schneider PJ, et al, 2006) dhe organizimi i trajnimeve dhe prezantimeve tjera për infermierët të cilat janë të dedikuara vetëm për këtë qëllim. Sidoqoftë edhe pse në vendin tonë në Kosovë personeli mjekësor është i përgaditur, por kjo nuk e anashkalon mundësinë që gjatë dhënies së injeksioneve apo infuzioneve të bëhen gabime e sidomos këto gabime më së shpeshti bëhen gjatë administrimit të ilaçeve e të cilat janë hasur edhe gjatë hulumtimit tonë, por që këto gabime që janë gjetur në hulumtimin tonë, janë të ngjashme edhe në shumicën e studimeve që janë marrur më këtë problematikë e të cilët i përshkruanin këto si gabime gjatë procesit të përgatitjes dhe administrimit të ilaçeve i.m dhe i.v, dhe këto hulumtime të bëra kanë dhënë rekomandime që në të ardhmen të hulumtohet më shumë se si të minimizohen këto gabime (Hartley GM, & Dhillon S., 1998). Ilaçet intravenoze, përveq përfitimeve që kanë në efektet e menjëhershme terapeutike dhe mundësinë që kanë këto ilaçe për të arritur nivele të mira terapeutike në një periudhë të shkurtër kohe, ato ofrojnë në të njëjtën kohë një rrezik të lartë për dëmtimin e pacientit. (Hughes RG, and Blegen MA. (2008). Ky rrezik i lartë lindë nga fakti se gabimet me ilaçe intravenoze janë pothuajse të pakthyeshme. Gabimet me ilaçe intravenoze ndodhin shpesh gjatë pranimit në spital. Probabiliteti për të bërë të paktën një gabim në çdo fazë të procesit intravenoz të mjekimit është 73% (McDoëll SE, et al. 2010). Për më tepër, shumica e gabimeve ndodhin gjatë administrimit të ilaçeve. Këto gabime të administrimit të ilaçeve (MAE)

mund të përcaktohen si devijime të një ilaçi nga receta e një mjeku, politika e spitalit ose udhëzimet e prodhuesit (Taxis K, and Barber N. 2003). Pesë herë gjasa është më shumë e mundshme që të ndodhin gabime gjatë administrimit të ilaçeve intravenoze sesa me ilaçe jo intravenoze. (Taxis K, and Barber N. 2003). Përdorimi i një protokollit për administrimin e sigurt të ilaçeve të injektueshme kontribuon në një zvogëlim të gabimeve të ilaçeve në spitale. Në spitalet e vendit tonë, një protokoll për administrimin e sigurt të ilaçeve të injektueshme u zbatua që nga viti 2000 si pjesë e programit Kombëtar të Sigurisë së Pacientit. Ky protokoll mbizotërues përmban 35 procedura për përgatitjen dhe 25 procedura për administrimin e ilaçeve të injektueshme dhe bazohet në 'pesë të drejtat' e administrimit të sigurt të ilaçeve (pacienti i duhur, ilaçet e duhura, doza e duhur, rruga e duhur, koha e duhur), kjo e argumentuar edhe në bazë të (Tromp M, et al. 2009). Qëllimi i këtij programi është të arrihet pajtueshmëri 100% me këtë protokoll. Në vendet e tjera, protokolle të krahasueshme janë zbatuar, dhe hapat e protokollit të tilla si "identifikimi i pacientit" dhe "higjiena e duarve" në përgjithësi shihen si të rëndësishme dhe përfshihen në këto protokolle. Procedurat më pak të zhvilluara u gjetën si "identifikim i pacientit", "higjiena e duarëve" dhe "kontrolli nga një infermiere e dytë". Sot në shumicën e vendeve të botës po punohen që të ndryshohen këto protokolle, për shembull, duke emëruar një numër të infermiereve që mirren vetëm me aplikimin e injeksioneve, ku përgjegjësia në rast të gabimeve do të bie dritet tek këta infermier dhe mbi procedurat e zbatimit të protokollit në nivelet e spitalit dhe repartit.

Sipas infermiereve në këto dy qendra siptalor të vendit tone (që ishin pjesë e këtij hulumtimi) deklaruan se zakonisht gabimet në aplikimin e ilaçeve variojnë nga ato më minore që kanë pak ose aspak ndikim tek pacienti e deri tek ato gabime që mund të kenë pasoja shumë të rënda për pacientin. Në këtë hulumtim, ne nuk kemi vlerësuar rëndësin klinike të gabimeve intravenoze dhe intramuskulore të ilaçeve. Spese është e vështirë të identifikohen efektet klinike të gabimeve, për shkak të vonësës në mes të shfaqjes dhe identifikimit të gabimeve dhe rezultati në një pacient mund të mos pasqyrojnë rezultatin e mundshëm të gabimit për shkak të kohës, e në një konstatim i ngjashëm të gjetur në hulumtin tonë e kanë dhënë edhe autorët tjerësi (Dean BS, and Barber ND. A 1999). Gabimet potencialisht të rënda siç janë përgatitja e dozave të gabuara, zgjedhja e tretësve të gabuar dhe administrimi i dozave të rënda brenda kohës së pamjaftueshme, janë shembuj më të shpeshtë të gabimeve intravenoze që mund të jenë të rënda.

6. KONKLUSIONE DHE REKOMANDIME

Numri i gabimeve në përgatitjen dhe administrimin e barnave intravenoze dhe intramuskulare në këtë hulumtim është i lartë, kjo u argumentua me atë se shumica e pacientëve nuk treguan sukses pasi që kanë marrë terapinë me rrugë i.m ose i.v dhe të dyjat.

Prandaj, konkludojmë që edhe me mjete dhe investime të kufizuara, cilësia e përgatitjes dhe administrimit të ilaçeve intravenoze mund të përmirësohet. Protokolet e administrimit të ilaçeve me rrugë i.v dhe i.m. duhet përditësuar çdo muaj, pasi që kontribuon në përmirësimin e cilësisë së përgatitjes dhe administrimit të ilaçeve intravenoze në praktikën e infermierisë.

7. REFERENCAT

1. American Nurses Association (2015): *Nursing: Scope and Standards* (3rd ed.) (pp. 4–5). Silver Spring, MD: ANA, 3th edition,. Published by Nursesbooks.org The Publishing Program of ANA ., ISBN-13: 978-1-55810-620-8)
2. D’Antonio, P., & Buhler-Wilkerson (2013): *Britannica academic edition. History of nursing*. Accessed on 16 April 2013. [http:// global. Britannica .com /EBchecked /topic /422718 /nursing/36766/Historyof-nursing](http://global.Britannica.com/EBchecked/topic/422718/nursing/36766/Historyof-nursing))
3. MCGovern, A. (2006): *Nursing is much more than a career*. Nursing Standard, RCN Publishing Company Limited
4. Royal College of Nursing, (2003): *Defining Nursing*. Published by the royal college of Nursing. Accessed on 28 August 2012
5. McGarvey MA, (2001) *Intramuscular injections: a review of nursing practice for adults*. All Ireland J Nursing & Midwifery; 1(5): 185-193.
6. Frey AM, Pettit J.(2010) *Infusion therapy in children*. In: Alexander M, Corrigan A, Gorski L, Hankins J, Perucca R, eds. *Infusion Nursing: An Evidence-Based Approach*. 3rd ed. St Louis, MO: Saunders/ Elsevier;;550-570
7. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (2000) *To error is human: building a safer health system*. Washington DC: National academy press; 2000.
8. Hartley GM, Dhillon S. (1998) *An observational study of the prescribing and administration of intravenous drugs in a general hospital*. Int J Pharm Pract.;6:38–45
9. Cousins DH, Sabatier B, Begue D, Schmitt C, Hoppe-Tichy T. (2005): *Medication errors in intravenous drug preparation and administration: a multicentre audit in the UK, Germany and France*. Qual Saf Health Care. 2005;14(3):190–5. doi:10.1136/qshc.2003.006676 .
10. Martin, Greg S, (2014): *State-of-the-art fluid management in critically ill patients, INTRAVENOUS FLUIDS: EDITED BY GREG S. MARTIN, Current Opinion in Critical Care: Volume 20 - Issue 4 - p 359* doi: 10.1097/MCC.000000000000106
11. Perry, A. G., Potter, P. A., & Ostendorf, W. R. (2014). *Clinical skills and nursing techniques* (8th ed.). St Louis, MO: Elsevier-Mosby.

12. Waitt, C., Waitt, P., & Pirmohamed, M. (2004). Intravenous therapy. *Postgraduate Medicine*, 80(939), 1-6. doi: 10.1136/pmj.2003.010421
13. Greenway K. (2004): Using the ventral gluteal site for intramuscular injection. *Nursing Standard*; 18 (29): 39-42
14. Small SP. (2004): Preventing sciatic nerve injury from intramuscular injection: literature review. *J Advanced Nursing*; 47(3): 287-296
15. CDC (2011): Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections., <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bsi-guidelines-2011.pdf>
16. MacGabhan L. A comparison of two depot injection techniques. *Nursing Standard* 1996; 11(52): 33-37
17. *Cambridge dictionary (2017)*. "Injection". Retrieved 2017-07-30.
18. World Health Organization. (WHO, 2011): Injection Safety. *Health Topics A to Z. Vol. 77, no 10, 808-811.*)
19. Farlex dictionary, in turn citing Mosby's (2017): "intravenous bolus" in turn citing Mosby's *Medical Dictionary*, 9th edition. Retrieved 2017-07-30.
20. Taylor, C. R., Lillis, C., LeMone, P., Lynn, P. (2011) *Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, page 751.
21. Swart AM, Burdett S, Ledermann J, Mook P, Parmar MK (April 2008). "Why i.p. therapy cannot yet be considered as a standard of care for the first-line treatment of ovarian cancer: a systematic review". *Ann. Oncol.* 19 (4): 688–95. doi:10.1093/annonc/mdm518. PMID 18006894)
22. Day, Michael W. (April 2011). "Intraosseous Devices for Intravascular Access in Adult Trauma Patients". *Critical Care Nurse*. 31 (2): 76–89. doi:10.4037/ccn2011615. PMID 21459867 – via EBSCO Host
23. Eldor, J (September 1993). "Immediate intracardiac adrenaline injection in asystole". *Lancet*. 342 (8873): 738–739. doi:10.1016/0140-6736(93)91729-6. PMID 8103835
24. Wen, Dennis Y (2000). "Intra-articular Hyaluronic Acid Injections for Knee Osteoarthritis". *American Academy of Family Physicians*. Retrieved 9 June 2010)

25. Wilburn S, Eijkemans G. (2007) Protecting health workers from occupational exposure to HIV, hepatitis, and other bloodborne pathogens: from research to practice. *Asian-Pacific Newsletter on Occupational Health and Safety*, 2007, 13:8–12
26. Hutin YJ, Hauri AM, Armstrong GL. (2000) Use of injections in healthcare settings worldwide,: literature review and regional estimates. *British Medical Journal*, 2003, 327(7423):1075. <http://www.who.int/bulletin/volumes/81/7/en/Hutin0703.pdf>:
27. Prüss-Üstün A, Rapiti E, Hutin Y. Introduction and methods: assessing the environmental burden of disease at national and local levels. Geneva, World Health Organization, 2003.).
28. WHO (2003): Aide-memoire for a national strategy for the safe and appropriate use of injections. Geneva, http://www.who.int/injection_safety/about/country/en/AMENG.pdf .
29. de Vries J, van Dorp W, van Barneveld P. (1997): A randomized control trial of alcohol 70% versus alcoholic iodine 2% in skin disinfection before insertion of peripheral infusion catheters. *Journal of Hospital Infection*, 1997, 36:317–320):
30. Marilyn E. Doenges, APRN, BC-Retired., Mary Frances Moorhouse, Alice C. Murr (2010): *Nursing Care Plans Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span.*- F. A. Davis Company 1915 Arch Street Philadelphia, PA 19103., Publisher, Nursing: Joanne Patzek DaCunha, RN, MSN book
31. Gastmans, C. (2006). The care perspective in healthcare ethics. In A.J. Davis, V. Tschudin, & L. de Raeye (Eds.), *Essentials of teaching and learning in nursing ethics* (pp. 135-148). London, England: Livingstone.
32. Chapter of Parahoo, K. (2006) *Nursing Research: principles, process and issues* Basingstoke: Palgrave Macmillan Digitised Reading: Parahoo, K. (2006) Quantitative research. In | pp.48-61 Restricted access to students on the course.
33. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) (2010):. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed;
34. Cramer ME, Jones KJ, Hertzog M. Nurse staffing in critical access hospitals. Structural factors linked to quality care. *J Nurs Care Qual*. 2011;26(4):335–343
35. Meg Gulanick PhD APRN FAAN and Judith L. Myers RN MSN (2013): *Nursing Care Plans: Diagnoses, Interventions, and Outcomes 8th Edition.*, Series: *Nursing Care Plan.*, Paperback: 979 pages Publisher: Mosby; 8 edition (February 13,

2013)Language: EnglishISBN-10: 9780323091374

ISBN-13: 978-0323091374

ASIN: 0323091377 9 (BOOK)

36. Institute for Safe Medication Practices (ISMP 2015)). Safe practice guidelines for adult IV push medications. A compilation of safe practices from the ISMP Adult IV Push Medication Safety Summit. 2015. <http://www.ismp.org/Tools/guidelines/ivsummitpush/ivpushmedguidelines.pdf> (accessed 23 Aug 2017)
37. Doyle GR, McCutcheon JA. (2015): Clinical Procedures for Safer Patient Care. Burnaby, Canada: British Columbia Institute of Technology (BCIT), 2015
38. Schneider PJ, Pedersen CA, Montanya KR, Curran CR, Harpe SE, Bohenek W, et al. (2006) Improving the safety of medication administration using an interactive CD-ROM program. *Am J Health Syst Pharm.* 2006;63(1):59–64. doi:10.2146/ajhp040609
39. Hartley GM, Dhillon S. (1998) An observational study of the prescribing and administration of intravenous drugs in a general hospital *Int J Pharm Pract.*1998;6:38–45.
40. Hughes RG, Blegen MA. (2008) : Medication Administration Safety. In: Hughes RG, ed. Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses. Rockville MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008..
41. McDowell SE, Mt-Isa S, Ashby D, et al. (2010) Republished paper: Where errors occur in the preparation and administration of intravenous medicines: a systematic review and Bayesian analysis. *Postgrad Med J* 2010;86:734–8
42. Taxis K, and Barber N. 2003 Causes of intravenous medication errors: an ethnographic study. *Qual Saf Health Care* 2003;12:343–7.
43. Tromp M, Natsch S, van Achterberg T. The preparation and administration of intravenous drugs before and after protocol implementation. *Pharm World Sci* 2009;31:413–20.
44. Schilp J, Boot S, de Blok C, et al. Protocol compliance of administering parenteral medication in Dutch hospitals: an evaluation and cost estimation of the implementation. *BMJ Open* 2014;4:e005232
45. Dean BS, Barber ND. A validated, reliable method of scoring the severity of medication errors. *Am J Health Syst Pharm.* 1999;56(1):57–62

8 SHTOJCAT

P Y E T E S O R

Kujdesi në dhënien e terapisë përmes injeksioneve, infuzioneve dhe kateterëve venozë qendror. Roli i infermieres/it

Gjinia :M / F

Mosha juaj ?

Sëmundja(diagnoza)?

18-24vjet

25-44 vjet

45-64 vjet

1.Terapia me Injeksion - I.M , I.V

Terapia me Injeksion - I.M , I.V	F	M	Gjithsej

2.Terapia me Infuzion (periferik)qendror

Terapia me Infuzion (periferik)qendror	F	M	Gjithsej

3.Komplikimet gjatë dhënies së terapisë: mosgjetje e venës, dalje paravenoze, flebit post infuziv,tromboze post infusive, dalje e kanilës nga vena(gjakosje)

Komplikimet gjatë dhënies së terapisë	Po	Jo
a) Mosgjetje e venes		
b) Dalje paravenoze		
c) Flebit post infuziv		
d) Tromboz post infusive		
e) dalje e kanilles nga vena (gjakosje)		

4. A është i kënaqur klienti me trajtim Infuziv.

A është i kënaqur klienti me trajtim Infuziv	PO	JO

5. Suksesi pas terapiës

Suksesi pas terapiës	PO	JO

6. Përfshirja e Infermieres në dhënien e terapiës ?

7. Impakti i punës së Infermieres në kualitetin e shërbimeve ?

Pyetjet në vazhdim kanë rëndësi për analizën e materialit të mbledhur dhe në asnjë mënyrë nuk do të jenë në shërbim të identifikimit tuaj (të dhënat tuaja janë konfidenciale). Nëse ju bënë të mos ndiheni mirë mund të mos përgjigjeni në pyetjet në vazhdim.

Faliminderit për participimin tuaj në këtë hulumtim ,që do të përdoret në funksion të identifikimit të pikëve ku mund të behet më shumë për realizimin e pritjeve tuaja.

Vërejtje: Pyetjeve mund ti përgjigjeni me Po ose Jo